CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

GANGRÈNE FOUDROYANTE SPONTANÉE

des

Organes génitaux externes de l'Homme

PAR

LE DOCTEUR ÉMILE ÉMERY

Ancien Interne des Hôpitaux

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT DE LA FACULTÉ DE PARIS.



PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE LE DOCTEUR A. ÉMERY

INTRODUCTION

Depuis les découvertes pastoriennes, l'histoire des gangrènes a subi des modifications profondes. De nombreux travaux sont venus démontrer le rôle prépondérant de l'infection dans leur pathogénie. Cependant, il est une forme de sphacèle de connaissance relativement récente dont la nature était encore à démontrer.

C'est en 1883 que M. le professeur Fournier donna pour la première fois la description d'une variété très particulière de gangrène des organes génitaux externes de l'homme. La soudaineté de son invasion, et sa marche suraiguë lui valurent le nom de gangrène foudroyante. L'impossibilité d'expliquer son apparition par les notions pathogéniques habituellement invoquées fit ajouter à la dénomination précédente le qualificatif de spontanée.

L'étude d'un cas de gangrène foudroyante spontanée observé par nous à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, nous conduisit à chercher la solution de cet obscur problème de pathogénie.

Nous fûmes assez heureux pour arriver à établir l'origine streptococcique de cette maladie.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous

découvrîmes que deux auteurs Italiens, MM. Pellizari et Volterra, de Florence, étaient arrivés à un résultat analogue.

Dès lors la nature de ce processus gangréneux se trouvait élucidée. Restait à découvrir la porte d'entrée de l'infection. Sur ce point le débat reste encore ouvert. Nous avons pu seulement, devant l'impossibilité d'apporter la solution définitive de ce problème pathogénique, émettre et discuter quelques hypothèses dont il appartient à l'avenir de démontrer la réalité.

Cette absence de résultats positifs nous impose l'obligation de conserver à cette gangrène l'épithète de spontanée, évidemment peu d'accord, à priori, avec les données scientifiques modernes.

Les difficultés soulevées par les recherches des causes prochaines de cette affection lui marquent une place toute spéciale en dehors du cadre des gangrènes de causes manifestes, évidentes et connues qui sévissent avec une prédilection si marquée sur les organes génitaux.

C'est à bien préciser les caractères de cette forme clinique que nous nous sommes attaché dans le cours de cette étude.

Celle-ci est basée sur l'analyse de 22 observations dont neuf seulement sont empruntées aux thèses précédemment parues. Il nous eût été facile d'en grossir le nombre si nous nous en étions rapporté au titre des observations. Mais nous avons pu nous convaincre qu'un grand nombre de cas rapportés à la gangrène spontanée devaient être distraits du cadre de notre étude.

On pouvait invoquer, en effet, pour expliquer leur

production, des influences générales ou des lésions locales dont l'absence constitue précisément la condition essentielle de notre gangrène foudroyante spontanée.

C'est à notre cher maître, Monsieur le professeur Fournier, que nous devons l'idée première de ce travail. C'est grâce aux notions puisées dans son haut enseignement de l'hôpital Saint-Louis que nous avons pu le mener à bonne fin. Nous saisissons avec bonheur cette occasion de lui témoigner notre profonde reconnaissance pour l'extrême bienveillance dont il n'a cessé de faire preuve à notre égard pendant l'année trop courte où nous avons eu l'honneur d'être son interne.

Nous avons eu aussi pour maîtres, dans les hôpitaux, Monsieur le professeur Le Dentu, MM. les docteurs Mesnet, Talamon, Gérin-Rose, Tapret, Gaucher et Landrieux. Qu'il nous soit permis de leur exprimer ici notre vive gratitude pour la large part qu'ils ont prise à notre instruction médicale et l'intérêt bienveillant qu'ils nous ont témoigné au cours de nos études,

MM. Blanchard et Sébileau, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris, ont été pour nous des conseillers éclairés autant que des amis précieux. Nous tenions à leur dire, à cette place, que nous n'oublierons jamais la part attentive et dévouée qu'ils ont prise à la direction de nos études médicales.

M. le docteur Legueu, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Glantenay, prosecteur à la Faculté, nous ont aidé de leurs conseils pour la rédaction de ce travail ; — qu'ils veuillent bien recevoir ici l'expression de notre gratitude.

Historique

Parmi les différents organes sur lesquels sévit la gangrène, l'appareil génital de l'homme (pénis et scrotum) est un des plus souvent frappés. Peut-être doit-il cette vulnérabilité spéciale à certaines particularités de structure. Telles, la laxité du tissu cellulaire qui le prédispose aux infiltrations, et la minceur de son revêtement cutané qui diminue sa résistance aux inflammations. Mieux encore que ces dispositions anatomiques, la fréquence si marquée dans cette région de lésions d'origine uréthrale ou vénérienne, nous rend compte de cette sorte de prédilection de la gangrène pour la verge et le scrotum. Aussi le sphacèle de ces organes est-il depuis longtemps décrit.

Mais à côté des nombreux faits observés et de causes bien définies, il y avait place pour certaines manifestations gangréneuses qui étaient passées inaperçues ou tout au moins n'avaient pas trouvé dans le cadre nosologique la place spéciale qu'elles méritent.

C'est avec les deux leçons cliniques de M. le professeur Fournier, publiées dans la *Semaine médicale* de 1883-1884, qu'est née l'histoire de cette gangrène foudroyante, spontanée des organes génitaux externes de l'homme. Explosion subite des accidents au milieu de la santé la plus parfaite, évolution suraiguë du processus de mortification, absence

totale de l'une des causes habituelles génératrices de la gangrène, voilà les traits essentiels qui donnent à la description de M. le professeur Fournier la valeur d'une véritable entité morbide.

A ces trois caractères absolument constants, on peut le plus souvent en ajouter un quatrième tiré du mode de terminaison de la maladie par la guérison.

Avant cette époque, quelques observations avaient été publiées çà et là, mais elles n'avaient eu que peu de retentissement et n'avaient donné lieu à aucune étude particulière. Une des premières en date parait être celle des docteurs Lapanne et Crussard, relatée dans les Annales de la Société médicale de Neufchâteau en 1876. Il faut en rapprocher un cas de Gosselin, qui fit l'objet d'une de ses cliniques en 1879, et un troisième, communiqué à M. le professeur Fournier par M. Verneuil.

Boyer, dans son Traité des maladies chirurgicales, avait, à propos des affections du pénis, parlé de gangrènes de « cause morbifique générale ». Mais les cas qu'il avait en vue sous cette vague dénomination, procédaient peut-être du diabète, de l'alcoolisme, où de l'une quelconque de ces diathèses dont le rôle dans la genèse du sphacèle est aujourd'hui bien démontré. La même idée générale, mais sans plus de démonstrations, fut émise par Moulinié, de Montpellier. Enfin, un cas, partout cité, de Richet à propos de la gangrène foudroyante, a trait à une mortification des corps caverneux qui, dans cette maladie, sont toujours indemnes. C'est là même un des caractères les plus constants de ce processus, dont la tendance est de s'étendre en surface plutôt que de creuser en profondeur.

En 1878, M. Mauriac publia dans la *Gazette des Hôpitaux* un long mémoire sur les ulcérations non virulentes

des organes génitaux. Au milieu de faits complètement étrangers à notre sujet, nous avons trouvé deux observations qui peuvent être rapprochées, croyons-nous, des cas que nous étudions. Aussi sont-elles rapportées in-extenso à la fin de ce travail. Pour l'auteur, il s'agit toujours de lésions vénériennes et l'accident primitif débute constamment dans la partie antérieure du pénis. Cette conception absolue ne saurait s'appliquer aux cas que nous étudions puisque le coït paraît être resté étranger à la genèse de certains d'entre eux et que le sphacèle, comme dans notre observation personnelle, peut frapper le scrotum avant la verge. Toutefois, dans les observations de M. Mauriac, comme dans les nôtres, le processus se fit remarquer par sa spontanéité et par la rapidité de son allure.

« Une particularité bien remarquable, c'est la rapidité presque foudroyante du début. Au bout de trois jours, en effet, la gangrène s'était développée et avait atteint en vingt-quatre heures la plénitude de son action destructive. Ici, il n'y a pas eu, pour ainsi dire, d'érosion ou d'ulcération à la surface de la tumeur inflammatoire. Elle n'a pas eu le temps de se former. La véhémence du processus à produit presque d'emblée la mortification des tissus enflammés, comme si les vaisseaux qui les nourrissaient eussent été subitement oblitérés par la thrombose » (Mauriac).

Les leçons de M. le professeur Fournier servirent en quelque sorte de signal. L'attention des cliniciens, une fois attirée sur cette variété nouvelle de gangrène, on vit de tous côtés les observations se multiplier. Dès l'année 1884, de nouveaux cas viennent se joindre aux faits primitifs. A ceux-ci, le docteur Lallemant, dans sa

thèse inspirée par M. le professeur Fournier, ajoute quatre cas nouveaux.

A peu près à la même époque, M. le docteur Martel (1), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Saint-Malo, signale une petite épidémie, dont quelques cas semblent se rattacher à notre sujet. Vers la fin d'octobre 1883, dans la population civile et militaire de Saint-Malo, recrudescence notable dans le nombre des maladies vénériennes et surtout des chancres mous fréquemment accompagnés de bubons suppurés. — Ulcérations chancreuses avec tendance assez forte à l'extension et résistance au traitement. — Véritable phagédénisme se rapprochant beaucoup de la forme foudroyante. Les faits observés sont au nombre de cinq, dont deux très intenses. Ceux-ci se rencontrent chez des sujets âgés, alcooliques de vieille date, sans albuminurie, ni glycosurie. Le coït avait été pratiqué dans les circonstances fâcheuses de l'ivresse confirmée. La lésion primitive est nulle dans le premier cas (le plus grave). Dans le deuxième et le troisième, on note une ulcération chancreuse. Dans le quatrième et le cinquième cas, la lésion initiale reste douteuse.

La même année, le Dr Marcy rapporte, sous le titre de phlegmon diffus du pénis et du scrotum, une observation non douteuse de gangrène spontanée chez un enfant de deux semaines (Medic. News Philadelphie, 1884).

En 1885, deux observations nous viennent de l'étranger. La première, communiquée au *Progrès médical* par le docteur Castro Jobim, de Rio de Janeiro ; la seconde publiée dans la *Gazetta Leskarska* par le Dr Orlowski (2).

(1) Semaine médicale, 1884.

(2) Il est donné un court résumé de cette observation dans la thèse de M. de Bonnières (Lille 1891).

L'année suivante, ce dernier mentionne un nouveau cas dans le même journal, et un autre fait nous vient d'Amérique avec le Dr Armstrong. L'année 1887 est beaucoup plus riche en documents. Pour cette seule année, nous trouvons cinq observations nouvelles de gangrène spontanée, dont trois dues, l'une à M. Villar, et deux à M. Verchère, sont relatées dans la *France Médicale* (1). Un quatrième cas est dû à l'observation de M. le Dr Lemaire (*Normandie médicale*, Rouen 1887). La cinquième observation enfin, prise, à la clinique de M. le professeur Leloir, fait l'objet de la thèse de M. le Dr De Bonnière de la Luzellerie. (Thèse de Lille, 1891).

A son cas personnel, l'auteur en ajoute un autre rapporté par M. le professeur Folet dans le *Bulletin médical du Nord*. Mais nous croyons devoir écarter ce dernier de notre sujet, en raison de l'existence, chez le malade, de cinq petites érosions d'origine herpétique dans la rainure préputiale. Il s'y joignait du reste l'existence d'un cordon dur sur la face dorsale de la verge qui ne nous laisse aucun doute sur la certitude de la relation entre ces érosions et le processus de mortification. On ne saurait donc parler ici de gangrène spontanée.

Contrairement à la précédente, l'année 1888 ne nous apporte qu'un seul cas de M. le docteur Trois-Fontaines (Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège).

En 1889, M. Taurin (Thèse de Paris) prend pour sujet de sa thèse inaugurale la gangrène foudroyante, mais il n'appuie sa description sur aucun fait nouveau.

Pendant les trois années qui suivent, nous ne trouvons plus aucun fait qui se rattache exactement à notre sujet.

(1) Années 1884, 1885, 1886.

Mais en 1894, le docteur Volterra, assistant du professeur Pellizzari, communique à l'Académie médico-physique de Florence une observation des plus remarquables, accompagnée de recherches bactériologiques très bien conduites, ayant eu pour résultat la découverte du streptocoque dans les tissus sphacélés. A ce titre, ce cas marque une nouvelle étape dans l'histoire de la gangrène foudroyante des organes génitaux, car limitant leur observation à la clinique, la plupart des auteurs que nous avons cités avaient complètement délaissé le côté bactériologique de l'affection. Cependant M. Balzer avait déjà signalé des micrococques dans le sang d'un des premiers malades de M. Fournier. Quelques auteurs avaient essayé de reprendre ces recherches, mais sans pouvoir mettre en évidence aucun microbe.

Plus heureux que nos devanciers, nous avons pu établir l'origine streptococcique de l'affection, et à cet égard notre observation peut être rapprochée de celle de M. Volterra, dont elle vient confirmer les résultats.

Etiologie

Nous n'entreprendrons pas, dans ce chapitre, l'exposé complet des causes de la gangrène des organes génitaux de l'homme. On en trouvera la relation détaillée, soit dans le mémoire de Demarquay (*Archiv. de méd.*, 1870), soit dans la leçon de M. le professeur Fournier, publiée dans la *Semaine médicale* de 1883.

Limitant pour l'instant rigoureusement notre étude aux cas où l'apparition de la gangrène fut, au moins en apparence, spontanée, nous chercherons dans une analyse attentive de nos observations toutes les conditions susceptibles d'éclairer la genèse si obscure de cette affection.

Les antécédents héréditaires des sujets atteints de gangrène foudroyante des organes génitaux sont indiqués dans trois seulement de nos observations. Cette absence ordinaire de renseignements permet au moins de penser que ces antécédents n'avaient en général aucune signification particulière.

Le père du malade observé par M. de Bonnière (Obs. III) était mort d'une bronchite sans avoir jamais présenté aucune affection de nature rhumatismale ou syphilitique, ni aucune lésion cutanée.

La mère du même sujet, rhumatisante, âgée de 85 ans, vivait encore au moment où l'observation fut prise.

Le père d'un autre malade (Obs. II) paraît avoir

succombé à la tuberculose pulmonaire à l'âge de 53 ans. De même que dans le cas précédent, il est spécifié que la mère vivait encore et jouissait d'une bonne santé.

M. Villar indique que la mère de son malade était morte poitrinaire à l'âge de 52 ans.

S'il était permis de tirer une conclusion de deux ou trois faits isolés, il semblerait que l'on doive accorder une certaine valeur, dans les antécédents de nos malades, à l'existence de la tuberculose pulmonaire.

L'âge peu avancé de la plupart des sujets est bien fait pour surprendre. Il faut reconnaître avec Lallemant que c'est bien là un des traits caractéristiques de la gangrène foudroyante. « Tous mes malades, disait M. Fournier dans sa leçon de 1884, étaient de jeunes sujets ; deux étaient âgés de 24 ans, deux avaient 25 ans et le dernier était un homme d'une trentaine d'années. » La plupart de nos malades sont également soit des adolescents, soit des adultes ne dépassant guère 40 ans ; cependant l'observation de M. Villar a trait à un vieillard de 61 ans. Par contre, nous rapportons, d'après un auteur américain, l'observation d'un enfant né depuis quelques jours, qui paraît avoir présenté tous les signes de la gangrène foudroyante.

Il est classique d'admettre que les malades chez lesquels s'installent des lésions gangréneuses à marche rapide présentent dans leurs antécédents personnels une tare organique, qui joue pour l'avenir le rôle de prédisposition morbide.

Cependant M. le professeur Le Dentu (Dict. de méd. et chir. pratiques, t. XXI, page 44) fait remarquer que les conditions dans lesquelles se produit le sphacèle des téguments consécutivement à la lymphangite, ne confirment pas

toujours la notion précédente. « Ce qu'il y a de particulier à certains cas, c'est que la mortification des tissus ne semble pas pas toujours se rattacher à un mauvais état général engendré par une diathèse, par une maladie antérieure, par une hygiène défectueuse ou par la misère.»

Cette remarque trouve une confirmation éclatante dans les observations de gangrène que nous étudions. Pour caractériser les antécédents personnels de leurs malades, les auteurs se servent en effet le plus souvent des expressions : bons, excellents, etc.

Dans la leçon plus haut citée, M. Fournier appelait déjà l'attention sur ce point. « Tous mes malades, dit-il, étaient d'une bonne santé, deux pouvaient même être qualifiés de robustes au moment où s'est produit l'accident. »

Il était tout indiqué, étant donné le rôle considérable accordé à l'alcoolisme dans la genèse des affections gangréneuses, de rechercher les stigmates de cette intoxication chez nos malades.

Celui que nous avons observé nous a donné à cet égard des renseignements positifs. Il était, en effet, sujet aux pituites matinales caractéristiques.

M. le Dr Martel, dans sa communication sur quatre cas de gangrène foudroyante de la verge, relève deux fois un alcoolisme invétéré. Toutes les autres Observations ne donnent aucun renseignement ou sont même absolument négatives sur ce point particulier.

De son côté, la syphilis, si fréquemment invoquée dans l'étiologie des gangrènes, ne figure dans les antécédents d'aucun de nos malades. Il en est encore de même pour l'impaludisme.

Enfin il convient de ranger à la suite de ces états constitutionnels cet ensemble de conditions défavorables

telles qu'une hygiène défectueuse ou des privations multiples qui engendrent cette infériorité organique vaguement définie par le terme de misère physiologique. Or, chez tous nos malades, l'hygiène paraît avoir été satisfaisante.

Les influences cosmiques ont pour M. Jalaguier une influence certaine sur l'apparition de la gangrène dans la lymphangite. « Il n'est pas douteux, dit cet auteur dans sa thèse de doctorat de 1880, que les rigueurs exceptionnelles de l'hiver dernier, dont la fâcheuse influence se fait encore sentir, ne soit pour beaucoup dans le nombre des lymphangites gangréneuses que nous avons pu observer. On a depuis longtemps déjà noté la fréquence des gangrènes pendant les hivers rigoureux. »

Cette influence de la température ne s'exerce que d'une façon bien exceptionnelle dans la production du sphacèle des organes génitaux de l'homme. Hutchinson (Arch. surg. London, 1890, t. II, p. 364), rapporte cependant un cas de gangrène du pénis après séjour prolongé à un froid rigoureux.

De cette observation nous croyons pouvoir rapprocher le cas signalé par M. le docteur Verchère où nous voyons le sphacèle de la verge se développer chez un sujet quelques jours après un coït pratiqué par un froid intense au milieu de la neige.

Si l'on en croit le docteur Martel, le génie épidémique n'est peut-être pas étranger à l'apparition de l'affection qui nous occupe.

« Vers la fin d'octobre 1883, existait, dans la population civile et militaire de Saint-Malo, une recrudescence notable dans le nombre des maladies vénériennes, et surtout des chancres mous, fréquemment accompagnés de

bubons suppurés. J'ai reçu dans mon service les cas les plus graves, les malades moins fortement atteints restant en traitement dans les infirmeries régimentaires.

» La douceur exceptionnelle de la saison avait favorisé outre mesure l'exercice de la prostitution clandestine en plein air. L'air humide et tiède nous valait une constitution médicale toute spéciale avec prédominance des affections catarrhales de gravité moyenne. La rougeole sévissait dans tous nos environs.

» Les ulcérations chancreuses avaient une assez forte tendance à l'extension et résistaient au traitement ; mais je n'avais pas constaté de véritable phagédénisme avant la série de faits dont je parle et dont le premier précéda de quelques jours la publication de la première leçon de M. Fournier.

» Les quatre faits que j'ai eu l'occasion d'observer forment une série graduée, si je puis dire, et les deux plus graves se rapprochent beaucoup de la forme foudroyante. »

Les accidents gangréneux se présentent « ici en groupe d'une façon absolument exceptionnelle, car, depuis longtemps, je ne sache pas qu'on en ait observé un cas, même isolé, dans notre pays, au moins dans notre hôpital. »

Enfin, il n'est pas impossible que, dans certaines régions, les accidents gangréneux trouvent des conditions particulièrement favorables à leur développement. L'un des cas que nous rapportons à la fin de ce travail a trait à un ouvrier de Rio-de-Janeiro. L'auteur de cette Observation, le Dr Castro-Jobim, prétend que les gangrènes du scrotum s'observent fréquemment à l'hôpital de la Miséricorde de Rio-de-Janeiro, puisque c'était le cinquième

cas, dont un suivi de mort, qu'on avait observé depuis le commencement de l'année.

Ne serait-on pas autorisé à rapprocher cette Observation de cette forme d'angioleucite, souvent terminée par gangrène, dite érysipèle de Rio, étudiée en 1872 par M. Bourel-Roncières dans un rapport sur les stations navales du Brésil et de la Plata? Ces accidents seraient, pour l'auteur, sous la dépendance de l'infection palustre. Mais cette influence n'est pas notée par le Dr Castro-Jobim dans son Observation.

L'influence de la contagion par l'érysipèle paraît indéniable dans un cas communiqué à M. le professeur Fournier par le docteur Crussard, de Neufchâteau, en 1891. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer le détail complet de cette curieuse Observation. Le malade était voisin d'une maison avec laquelle il avait des rapports de chaque instant. Là se trouvait une femme atteinte d'un érysipèle à répétition. Un jour, à la suite d'une marche fatigante, où il ressentit le frottement douloureux d'un pantalon neuf, il vit apparaître sur la verge un léger gonflement de couleur rosée. Un médecin, appelé dès le début de l'affection, n'hésita pas à reconnaître dans ces symptômes un érysipèle qu'il attribua à l'influence contagieuse du voisinage et dont la porte d'entrée avait été la légère et invisible excoriation causée par le frottement du pantalon. Les symptômes du début firent rapidement place à la gangrène. Mais là se place une circonstance bien curieuse : c'est que, au beau milieu de la restauration de la verge, il se produisit une nouvelle poussée érysipélateuse suivie d'un nouveau sphacèle. C'était donc une gangrène à répétition comme l'érysipèle de la maison voisine. Mais voici la circonstance la plus

significative. Le père du malade, qui lui donnait ses soins, fut atteint d'un érysipèle de la jambe qui gagna peu à peu tout le corps et dont il mourut pendant qu'une admirable restauration des parties sphacélées achevait de s'opérer chez le fils.

Nous arrivons maintenant à cette question controversée, « celle de savoir s'il est possible que la gangrène de la verge soit la conséquence du coït. Est-il possible que les abus, les excès de coït avec une femme aussi étroite que possible, que les confrications onaniques excessives, déterminent cette gangrène ? » (Fournier).

L'acte génital avait été accompli récemment par la plupart des sujets de nos Observations, soit en général la veille ou l'avant-veille du début de l'affection. Mais il est deux ou trois cas au moins, où la date du coït remontait à une époque trop éloignée du début des accidents, pour que l'on puisse à priori établir entre eux et les rapports sexuels une relation de cause à effet

Ces rapports paraissent s'être accomplis le plus souvent dans des conditions normales. Toutefois la difficulté de l'introduction, l'étroitesse de la femme, une légère douleur pendant l'acte génital sont exceptionnellement indiquées.

On ne peut incriminer les excès vénériens ni la masturbation dans aucune des observations que nous rapportons.

Si l'on veut donc s'en remettre exclusivement à l'enseignement tiré directement des faits, peut-être trouvera-t-on, dès à présent, au moins prématurée, la conclusion des auteurs qui réservent à la gangrène foudroyante une place spéciale dans le cadre des maladies vénériennes, à côté de la blennorrhagie, du chancre mou et de la syphilis. Cette théorie du reste sera discutée avec tous les développements qu'elle comporte dans un autre chapitre.

Symptomatologie.

Les symptômes de la gangrène foudroyante des organes génitaux de l'homme se succèdent avec une constance et une régularité remarquables. Cette évolution paraît suffisamment typique pour mériter à cette affection une place à part dans le cadre nosographique.

La mortification des téguments n'est pas absolument immédiate, comme semblerait l'indiquer l'épithète de foudroyante appliquée à cette gangrène. Elle est toujours précédée de phénomènes inflammatoires dont le groupement constitue la période de début. A celle-ci fait très rapidement suite la période d'état essentiellement caractérisée par le sphacèle des points tout-à-l'heure en apparence simplement enflammés.

Si le malade survit, et c'est le cas ordinaire, il entre alors dans la période de convalescence ou de réparation dont la durée toujours longue est en rapport avec l'étendue de la zone sphacélée.

A. — Période de début ou d'inflammation

Les symptômes initiaux, par leur bénignité apparente, sont loin de faire prévoir la marche redoutable de l'affection que nous étudions. Le désaccord n'aurait

pas lieu de surprendre s'il s'agissait d'une de ces gangrènes engendrées par un état dystrophique local ou par déchéance organique.

Mais aujourd'hui que l'origine streptococcique de ces accidents peut être considérée comme démontrée, on serait en droit de s'attendre à voir le caractère infectieux de la maladie s'affirmer dès le début par des symptômes à grand fracas. Cette prévision paraît d'autant plus justifiée que la gangrène s'attaque ici à des sujets jeunes et jouissant d'une parfaite santé ; les faits cliniques ne viennent pas justifier ces conceptions théoriques. Les accidents locaux précèdent ici dans la plupart des cas les phénomènes généraux.

Bien plus, leur atténuation est telle qu'ils sont rapportés en général par les malades ou par le médecin lui-même, si celui-ci voit le patient dès le début, ce qui est rare, à une cause absolument banale. C'est ainsi que dans plusieurs observations, les médecins consultés pensèrent tout d'abord à une balano-posthite.

Et, à ce propos, il nous a paru intéressant de rechercher si, dans la lymphangite gangréneuse, affection qui offre de nombreux points de ressemblance avec les accidents que nous étudions, la succession des phénomènes se déroulait dans des conditions analogues.

Si l'on s'en rapporte au travail de M. Jalaguier sur ce sujet, on voit que les symptômes généraux et locaux entrent en scène à peu près simultanément. Dans quelques cas même, le retentissement sur l'état général se manifeste avant les accidents locaux. Ici, comme nous le disions plus haut et comme la démonstration en est offerte par la presque totalité de nos observations, l'attention du malade est presque constamment attirée, dès le début,

du côté des organes génitaux par quelques sensations subjectives.

Ce sont, d'après la majorité des observations, un simple endolorissement de la verge rapporté généralement à l'extrémité antérieure de cet organe. Dans certains cas, symptomatologie plus bruyante, douleurs violentes au niveau du prépuce. Cette intensité des douleurs ne serait-elle pas de nature à faire naître dans l'esprit l'idée d'une lésion artérielle, surtout s'il s'agit d'un malade âgé de soixante-neuf ans, comme dans l'Observation de M. Villar? Parfois le caractère de la douleur se précise davantage. Elle se produit pendant la miction, sans que cependant elle puisse être attribuée à un état inflammatoire apparent de l'urèthre. Il en fut ainsi dans l'Observation de M. de Bonnière et dans notre cas personnel; le jour qui précéda le sphacèle des bourses, le patient éprouva, après avoir uriné, une sensation pénible dans la région inguinale.

Dans l'Observation de M. Troisfontaines, le début de l'affection fut marqué par une sensation de piqûre survenue tout-à-coup à la face dorsale du pénis, un peu en arrière du gland, et localisée dans un espace très restreint.

Au moment où le médecin est appelé pour la première fois, le processus inflammatoire s'accuse déjà par son cortège habituel : rougeur, gonflement, de telle sorte que l'apparition des signes physiques semble, dans bien des cas, coïncider avec celle des troubles fonctionnels que nous venons d'étudier. Cependant, dans quelques Observations, et notamment dans celle de M. Troisfontaines précédemment citée, il est expressément indiqué qu'au début de l'affection, alors que le malade ressentait déjà de vives douleurs, il n'existait à ce moment aucune

altération quelconque dans l'aspect de la région ; il ne s'y montrait ni gonflement, ni la moindre rougeur, non plus que sur le reste de la verge.

La rougeur est surtout marquée dans la région préputiale ; quelquefois elle se borne à une simple suffusion rosée (Obs. Lapanne), ou bien au contraire présente les caractères d'une tache rouge vif, comme dans la première des observations de M. Verchère. Il s'y joint constamment un gonflement et un œdème qui ont pour conséquence la production d'un certain degré de phimosis. Si la balano-posthite n'existait pas avant le début de l'affection, elle fait alors son apparition. Le gland ne peut plus être découvert et un écoulement s'installe entre cet organe et le prépuce. Cet écoulement peut être insignifiant, d'autres fois très abondant (Obs. Villar).

Parfois les frissons et la fièvre peuvent précéder les désordres locaux. Telle fut la succession des accidents dans notre Observation personnelle.

Le 30 novembre, le malade était en proie à un malaise général, caractérisé par une fièvre vive, des frissons, des sueurs, des maux de tête, un état nauséeux, une soif ardente qui l'obligeaient à s'aliter. C'est le 3 décembre seulement qu'il ressentait une douleur au niveau des organes génitaux.

De même le sujet de l'Observation de Volterra eut un fort frisson, de la céphalée et de la fièvre avant de voir survenir la douleur et le gonflement de la verge, dont l'apparition, d'ailleurs, suivit de près les signes précédents.

L'ordre de succession des symptômes ne se présente donc pas toujours avec la régularité absolue qui semble démontrée par les Observations primitives, et l'apparition

des phénomènes de réaction générale avant l'éclosion des désordres locaux doit être considérée aujourd'hui comme un fait assez commun dans l'évolution de la gangrène foudroyante des organes génitaux.

En tous cas, le retentissement sur l'état général ne se fait pas longtemps attendre, et, dans la plupart de nos Observations, nous voyons les malades présenter, dès le soir du début de la maladie ou le lendemain, tous les signes d'une infection grave.

B. — Période de mortification.

Subitement « comme par un véritable coup de théâtre (Fournier) », apparaît un symptôme nouveau qui va révéler la gangrène.

C'est une mortification des téguments qui se montre sous deux types principaux. Le premier se caractérise par l'apparition d'une ou deux phlyctènes. Dans le deuxième, on observe un affaiblissement ou même une disparition complète de la sensibilité, un abaissement de la température, un changement de consistance et de coloration des téguments, caractéristiques de leur mortification.

Le plus souvent, c'est au point précis où s'est manifestée la douleur primitive que la gangrène fait son apparition.

La partie dorsale de la verge au niveau de la base du prépuce paraît un lieu d'élection.

D'autres fois c'est sur la partie latérale du prépuce, plus rarement vers sa pointe, que se montre tout d'abord la plaque de sphacèle. Dans d'autres cas encore le scrotum est primitivement atteint

Nous trouvons un exemple remarquable et en quelque sorte typique du début par des phlyctènes dans l'Observation de Volterra.

Quant aux caractères propres de ces phlyctènes, relatifs à leur couleur, et à leur contenu, ils ne sont notés dans aucune observation. Il convient d'ajouter que cette apparition de vésicules est un phénomène bien inconstant puisqu'elle est indiquée dans trois seulement de nos observations.

Une fois déclarée, la gangrène fuse et s'étend aux régions voisines avec une rapidité telle que le prépuce, le fourreau, le scrotum peuvent être envahis en vingt-quatre heures. C'est ainsi que les choses se sont passées chez l'un des malades de M. Fournier, de telle sorte qu'il ne s'est pas écoulé plus de trois jours entre le début des accidents et la gangrène de toute l'étendue de la région génitale.

Les tissus frappés de mort deviennent noirs comme de l'encre. Souvent l'escharre est bigarrée de rayures jaunes ou vertes, ce qui donne au pénis la couleur de la banane.. Déjà notée par M. Fournier, cette coloration sur laquelle ont insisté beaucoup MM. Leloir et de Bonnière à propos de leur malade, ne comporte aucune signification particulière. Des variétés de nuance tout à fait analogues peuvent être observées au niveau d'autres escharres, quelle qu'en soit la cause. Contrairement à l'opinion émise par M. Taurin dans sa thèse, les parties mortifiées n'ont jamais pris la coloration blanc de lait de la gangrène blanche de Quesnay et de Jalaguier.

Il n'est pas rare de voir des espaces de peau saine, de véritables îlots émerger au milieu des régions ravagées. Dans un cas de M. Fournier où la gangrène avait

commencé par les bourses, ces îlots siégeaint sur la partie la plus déclive de cette région. Ils s'implantaient sur la cloison et survécurent à l'inondation purulente. Cette conservation précieuse de fragments cutanés ne devait pas passer inaperçue, car elle constitue une importante amorce pour la cicatrisation.

Dès l'apparition de la première plaque de sphacèle, les symptômes généraux ont pris une grande acuité. La fièvre est intense, il y a des vomissements, des sueurs, parfois une grande agitation. Le pouls est vif, sans ampleur, petit et concentré. Le teint est pâle, les forces sont prostrées, le regard éteint. Deux fois, a dit M. Fournier, nous avons vu un véritable état adynamique et quatre fois il est indiqué dans les Observations ultérieures. L'intelligence est conservée ; le malade est étonné, comme ahuri, bien qu'il ne se rende pas un compte exact de ce qui lui arrive ; ce n'est que plus tard, au moment de la chute des escharres, qu'il a conscience de l'étendue de la perte de substance et qu'il est pris d'un désespoir facile à comprendre.

C. — Période de réparation

La chute des accidents est, en général, tout aussi brusque que leur apparition. Cependant, chez notre malade, il y eut quelques poussées secondaires qui établirent une sorte de transition entre la période de gangrène et la phase de réparation.

La détente s'accuse du côté de l'état général en même temps que les lésions locales se circonscrivent. Sans cause appréciable ou bien sous l'influence d'un traitement

chirurgical énergique, la fièvre tombe et, bientôt après, l'appétit renaît, les forces se relèvent.

En même temps, un sillon d'élimination se creuse au niveau des bords sinueux des parties mortifiées. De ce sillon s'écoule un liquide séro-purulent, le plus souvent d'odeur repoussante, ou bien un pus séreux.

De leur côté, les parties sphacélées se ratatinent, subissent une rétraction progressive de la périphérie au centre et tombent enfin. Elles ont presque toujours une faible épaisseur ne dépassant guère les limites du derme ; « on peut dire que jamais la gangrène ne franchit les aponévroses ; nous la voyons en effet n'emporter que les enveloppes cutanées » (Taurin). Aussi la chute des escharres n'est-elle marquée par aucun accident, telle par exemple que l'ouverture de vaisseaux de gros calibre.

La perte de substance ainsi déterminée présente une étendue variable ; tantôt elle se borne au prépuce et à une partie du fourreau ; tantôt elle s'étend sur la verge, le scrotum, empiétant même sur l'hypogastre et le périnée.

Un fait tout à fait remarquable, c'est l'intégrité assez souvent notée de l'anneau antérieur du prépuce qui, bien conservé, sert à la reconstitution partielle de l'organe.

A peine créée, la perte de substance présente un aspect de bonne nature. Elle se recouvre de bourgeons charnus, humides, vermeils, et, dans aucun cas, on ne signale à sa surface de fausses membranes, d'exsudat diphthéroïde jaunâtre, d'aspect triste ; aussi la cicatrisation, proportionnellement à l'étendue du sphacèle, peut être tenue pour rapide.

Complications

Le tableau clinique de la gangrène foudroyante, déjà si impressionnant par lui-même, se complique assez souvent d'accidents locaux ou à distance qui, tous, témoignent de la nature éminemment infectieuse de cette terrible maladie.

Presque toujours ces complications font leur apparition au début ou dans la période aiguë de l'affection, beaucoup plus rarement à la phase de déclin ou pendant la convalescence. Il semble que les germes infectieux, épuisant d'un seul coup toute leur virulence, restent ensuite désarmés contre l'organisme, qui, vaincu un instant, se relève immédiatement, comme l'atteste la marche rapide de la cicatrisation. Ce brusque changement d'allures est d'autant moins fait pour surprendre que la gangrène s'attaque ici à des sujets jeunes et non affaiblis par une tare organique. N'est-ce pas précisément dans des conditions absolument opposées qu'apparaissent le plus souvent les complications critiques qui apportent un retard si considérable à la terminaison définitive de certaines maladies infectieuses ?

Le *purpura* est indiqué dans trois des cinq premières Observations de M. le professeur Fournier. Dans une Observation d'Orlowski publiée dans la *Gazetta Lekarska* et dont nous n'avons pu nous procurer que le résumé,

l'apparition de quelques pétéchies est également signalée sur les membres inférieurs.

L'époque d'apparition, l'aspect objectif, les localisations et l'évolution des taches purpuriques ont fait l'objet d'une description minutieuse de la part de M. le Professeur Fournier. « Chez le premier malade, on a pu constater le purpura le lendemain du jour où la gangrène avait atteint son apogée. Dans ce cas, il est vrai, l'éruption a été bénigne en tant qu'exanthème, c'est-à-dire qu'elle s'est bornée à la forme la plus atténuée du purpura, la forme pétéchiale, à de toutes petites macules sanguines, punctiformes.

« Ces pétéchies ont été surtout abondantes sur l'abdomen, les aines, les faces supérieures des cuisses.

« Bien autrement important a été le purpura sur mon second malade. Cette complication a débuté en même temps que les symptômes préparatoires de la gangrène, si ce n'est un peu auparavant, et elle a, chose curieuse, débuté par le voile du palais. Ce purpura s'est continué par poussées successives journalières, qui se sont échelonnées sur une durée de dix jours. Enfin, il ne s'accusait plus seulement par de simples pétéchies, mais bien par de larges nappes sanguines absolument noires, siégeant exclusivement sur la peau, les muqueuses étant respectées. »

Nous ne pouvons apporter aucun document nouveau à l'étude de cette complication, puisque le purpura n'a été observé dans aucun des cas que nous avons pu recueillir.

Par contre, des *hémorrhagies*, survenant *loco dolenti*, sont signalées dans plusieurs observations nouvelles. Dans un seul cas, dû à M. Verchère, l'écoulement sanguin parut venir de l'urèthre. Il est spécifié, en effet, dans

cette observation que trois jours après l'apparition de la gangrène il survint, dans la nuit, une uréthrorrhagie abondante, qui laissa après elle un caillot moulé au niveau du méat.

A part ce cas exceptionnel, le prépuce est constamment indiqué comme la source hémorrhagipare. Cette localisation n'est pas surprenante puisque c'est au niveau de l'enveloppe du gland que les lésions arrivent le plus rapidement à leur acmé et que le sphacèle souvent y marque sa première empreinte.

On trouvera la description de ces hémorrhagies préputiales dans trois de nos Observations.

L'écoulement sanguin débute, en général, en même temps que les accidents gangréneux. Sa durée est le plus souvent courte; il survient à différentes reprises pendant un jour ou deux. Jamais il n'a été suffisamment abondant pour devenir inquiétant. Il n'a pas reparu aux périodes plus avancées de l'affection, en particulier au moment de la chute des escharres. Celles-ci, du reste, étant donnée leur faible profondeur, ne pourraient que difficilement intéresser des vaisseaux un peu importants. L'époque d'apparition de ces hémorrhagies constitue une preuve éclatante de leur origine infectieuse. Elles sont le témoignage local du haut degré de virulence du processus gangréneux dont le purpura atteste le retentissement sur l'état général.

Nous n'hésitons pas à reconnaître une signification analogue à l'*érythème* de la face et du cou qui survint chez le malade que nous avons personnellement observé, douze jours après le début du sphacèle des bourses. Si la genèse de ces érythèmes n'était aujourd'hui bien définie à la lumière des notions modernes puisées dans la patho-

logie générale, l'apparition simultanée chez notre sujet d'un abcès éloigné du foyer originel suffirait à faire au moins soupçonner leur nature éminemment infectieuse.

Ces *abcès à distance* paraissent rares, car il n'en est fait mention dans aucune des Observations nouvelles. Chez notre malade, l'abcès siégeait au niveau du grand trochanter; il est permis de penser que la pression du décubitus a joué dans cette localisation le rôle de cause prédisposante.

Nous rappellerons que M. Fournier avait déjà noté la tendance aux *escharres* sur les parties déclives, coïncidant avec un état général grave de l'économie, de forme adynamique. « Ainsi, sur l'un de mes malades, dit M. Fournier, il se produisait, dès le dixième jour du mal, une escharre du sacrum et deux escharres au niveau du grand trochanter. »

Enfin l'appareil pulmonaire peut ressentir à son tour le contre-coup de l'affection gangréneuse. La *bronchite*, la *broncho-pneumonie* sont assez souvent mentionnées dans les Observations; jamais ces complications n'ont revêtu un caractère réel de gravité ; jamais elles n'ont abouti à la suppuration ni au sphacèle du poumon.

Les accidents dont nous devons maintenant tracer l'histoire indiquent bien la parenté étroite de la gangrène foudroyante avec la lymphangite et l'érysipèle.

La *lymphangite* eut une marche très envahissante dans notre observation personnelle, et nul doute que le malade n'eût fini par succomber à cette complication, si un traitement chirurgical énergique ne fût intervenu à plusieurs reprises pour la limiter. Le plus souvent, le réseau lymphatique intéressé est en continuité directe avec le foyer originel ; toutefois l'inflammation des vais-

seaux blancs peut aussi se produire à distance. M. Fournier rapporte un bel exemple de cette dernière forme chez un de ses premiers malades. « En même temps que sa verge et son scrotum tombaient en gangrène, il s'établissait au voisinage une vaste nappe lymphangitique, qui couvrait toute la région inguinale gauche, fusait vers la fosse iliaque et atteignait le flanc. Cette lymphangite s'est abcédée rapidement, et nous avons dû ouvrir un abcès contenant du pus phlegmoneux ».

Quant à *l'adénite,* elle constitue un symptôme en quelque sorte banal, quoique non absolument constant, au cours de l'affection qui nous occupe. Elle siège dans les plis inguinaux, soit d'un seul côté, soit des deux. Elle se termine par résolution.

L'*érysipèle bronzé* est venu compliquer deux fois la gangrène foudroyante, dans le cas de M. de Bonnière et dans un cas rapporté à M. Leloir par M. Vidal (communication orale).

« Il se caractérise, dit M. de Bonnière, par un état tout-à-fait spécial de la peau qui avoisine les parties mortifiées. C'est une teinte intermédiaire entre celle du roux et celle du cuivre rouge avec reflets bronzés. On a comparé cette teinte à celle du bronze florentin, de la feuille morte, à la couleur bistre.

« Dans certains cas, on remarque donc autour des escharres une apparence particulière de la peau, rappelant l'érysipèle bronzé (Leloir). Cet érysipèle bronzé, qui englobe les escharres, paraît tantôt secondaire (Leloir) et se présente comme une variété spéciale de ces lymphangites du derme qui président à l'apparition de la gangrène foudroyante ou qui la compliquent (Jalaguier). Tantôt au contraire il est primitif (Leloir) ; ce qui indi-

que nettement que ces gangrènes foudroyantes et spontanées ne sont autre chose, dans certains cas, que des lymphangites gangréneuses (Leloir).

« Cette coloration n'est pas nécessairement limitée au voisinage de la région malade. Elle peut également envahir les téguments plus éloignés, s'étendre en nappe, prendre, en un mot, une grande extension. Les bords sont irréguliers et comme festonnés et ne présentent pas, à proprement parler, de saillies par rapport à la peau voisine comme dans l'érysipèle.

« Toute cette surface cutanée qui présente les caractères de l'érysipèle bronzé est douloureuse. Nous avons donc constaté que l'érysipèle peut être primitif ou secondaire (cas de Vidal), qu'il peut être limité au pourtour des escharres ou devenir diffus et envahissant. »

Diagnostic

La solution du problème diagnostic repose sur la réponse aux deux questions suivantes. Il faut :

1° Reconnaître l'existence de la gangrène et la distinguer des affections inflammatoires qui peuvent, au cours de leur évolution, se compliquer à titre accessoire de sphacèle des téguments.

2° Etablir l'indépendance du processus gangréneux à l'égard des causes qui président habituellement à sa production. Ces deux étapes parcourues, le diagnostic de gangrène foudroyante et spontanée des organes génitaux de l'homme sera définitivement établie.

I

Le diagnostic de la *lymphangite* est le plus souvent facile. La présence du réseau lymphatique qui se dessine sous la forme d'un lacis rougâtre, ou mieux encore, la constatation de cordons indurés suivant le trajet connu des lymphatiques de la verge empêche toute confusion avec la rougeur diffuse et sans caractères précis dans l'affection que nous étudions. L'engorgement ganglionnaire est, dans la lymphangite ordinaire, plus rapide et plus accusé ; enfin le point de départ de l'infection lymphatique est presque toujours facile à mettre en évidence.

Si, cependant, on observe une lymphangite à une époque avancée de son évolution, alors qu'elle à pris le caractère gangréneux, le tableau clinique de l'affection présente un grand nombre de traits communs avec la symptomatologie de la gangrène foudroyante. Cependant l'apparition rapide, et en quelque sorte immédiate du sphacèle dans cette dernière, l'intensité plus grande des phénomènes généraux, aideront à la différencier.

Peut-être aussi, dans ces cas où le diagnostic doit être surtout rétrospectif, faut-il, à l'exemple de M. Jalaguier, accorder une certaine signification à la présence, sur le côté de la verge, d'un cordon induré qui paraît être le témoignage de l'inflammation de son vaisseau lymphatique.

Les caractères objectifs du *phlegmon diffus* sont trop différents des signes de la gangrène foudroyante pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur diagnostic différentiel. L'inflammation du tissu cellulaire vient-elle à se compliquer de gangrène, c'est le plus souvent sous l'influence de conditions particulières créées par une intoxication, par une diathèse, ou par une débilité générale de l'organisme qu'il sera toujours facile de mettre en évidence.

Si l'on assiste au début de *l'infiltration d'urine,* la localisation primitive dans la région périnéale d'une tuméfaction qui n'envahit le scrotum et la verge que consécutivement, suffit à la distinguer de la gangrène foudroyante dans laquelle ces régions sont primitivement atteintes.

Exception, cependant, doit être faite pour l'infiltration d'urine qui a son point de départ dans une lésion de l'urèthre antérieur. C'est à la verge que le sphacèle fait tout d'abord son apparition dans les cas de ce genre.

Il peut même s'y localiser et amener la chute de l'organe.

M. Lejars (France médicale 1890, page 146 à 148) rapporte une observation typique de cette localisation rare de l'infiltration urineuse.

Si l'on arrive a une époque plus avancée, alors que périnée, scrotum, verge, régions inguinale et hypogastrique sont indistinctement envahies, si surtout la mortification des téguments s'est nettement affirmée, les désordres locaux, il faut le reconnaître, présentent d'étroites analogies avec l'affection que nous étudions. Comme la similitude est non moins grande du côté des phénomènes généraux, c'est presque uniquement par la connaissance des antécédents urinaires du malade, et des conditions particulières (difficultés et efforts de miction) qui ont présidé à la genèse de l'infiltration d'urine, que l'on pourra reconnaître sûrement cette dernière. Enfin l'état d'adynamie du sujet rend-il l'interrogatoire impossible, c'est au cathéterisme que restera le dernier mot du diagnostic.

La constatation d'une sténose uréthrale prend ici une signification décisive. On n'aura garde d'oublier, cependant, que la rapidité de l'infiltration d'urine dans les tissus n'est pas toujours en rapport avec l'étendue du rétrécissement.

MM. Guyon et Vigneron n'ont-ils pas montré récemment que cet accident peut venir compliquer un rétrécissement relativement large?

Enfin, au moment de l'incision des tissus sphacélés, la constatation de l'urine mélangée à la sérosité purulente complète les notions précédentes.

Dans une communication du plus haut intérêt, au

Congrès de chirurgie de 1891, MM. Guyon et Albarran ont démontré, d'après l'observation de deux cas personnels, l'existence chez les vieux urinaires d'une gangrène microbienne sans infiltration d'urine, en apparence spontanée.

Elle débute, disent ces auteurs, par le prépuce et, de là, s'étend au fourreau de la verge et au scrotum. Sa marche est très rapide; elle se termine par la mort, se distinguant de la forme foudroyante de M. Fournier, terminée le plus souvent par la guérison.

La plaque gangréneuse est évidente au bout de 30 ou 40 heures, elle reste superficielle ; au-dessous, les tissus sont infiltrés d'une sérosité louche. Le malade présente de l'adynamie, du délire tranquille, et en quelques jours, sans que la température se soit élevée au delà de 39°, la mort vient terminer l'affection.

Ainsi, même marche foudroyante du processus gangréneux que dans nos observations. Comme dans la plupart de celles-ci, début par le prépuce, et envahissement successif de la verge et du scrotum. On nous accordera que la confusion avec la gangrène foudroyante vraie serait à peu près impossible à éviter, n'étaient les considérations tirées de l'âge du sujet et de l'examen attentif des voies urinaires.

A un point de vue différent, ceci nous conduit à cette conclusion, qu'il est permis de mettre en doute la valeur des observations publiées sous le titre de gangrène foudroyante, relevées chez des sujets qui, par leur âge, sont prédisposés aux accidents infectieux engendrés par le prostatisme.

L'ignorance complète qui, jusqu'à l'apparition des premières publications de M. le professeur Fournier,

régnait sur l'affection qui nous occupe, explique l'erreur des nombreux praticiens qui, appelés au début d'une gangrène foudroyante, pensèrent observer une *balano-posthite,* et portèrent un diagnostic favorable, bientôt démenti par la marche terrible de la maladie. Semblable erreur fut commise dans un cas rapporté par M. Verchère.

Il nous sera permis de faire observer cependant que dès l'apparition des premiers accidents, le sujet de cette observation ressemblait à un typhique. Une altération aussi profonde de l'état général cadre mal avec l'idée d'une balano-posthite simple.

Si le gonflement prédomine au niveau du prépuce, si la première plaque de sphacèle, et c'est, nous le savons, un cas assez fréquent, s'implante à la base du gland, l'idée de *paraphimosis* viendra naturellement à l'idée. Cependant une observation attentive fera constater l'absence du sillon d'étranglement si marqué dans le paraphimosis à la face supérieure de la verge, sillon contrastant avec le jabot caractéristique de la face inférieure.

On apprendra en outre, le plus souvent, que le *phimosis,* quand il existe au cours d'une gangrène foudroyante, est presque toujours d'apparition récente, bien différent par conséquent de l'étroitesse du prépuce, presque toujours d'origine congénitale ou vénérienne qui prédispose au paraphimosis.

Quand la mortification des téguments débute, comme dans notre observation personnelle, au niveau du scrotum, les connexions de la plaque de sphacèle avec la glande spermatique serait de nature à faire reconnaître à cette dernière un rôle primitif dans sa production :

Les *épididymites et les vaginalites* aiguës peuvent, en

effet, après une période inflammatoire intense, s'ouvrir à l'extérieur en donnant lieu à une perte de substance de la peau plus ou moins étendue.

Le résultat négatif de l'examen du testicule et du cordon, l'absence de liquide dans la vaginale, mettront ces organes hors de cause.

Quand le sphacèle est déclaré, les caractères de l'ulcération ne sont pas sans quelque analogie avec les *syphilides ulcéreuses phagédéniques*. Leur évolution particulière, l'absence du retentissement sur l'état général, l'intégrité habituelle du système lymphatique et des ganglions en particulier, nous dispense d'insister sur ce diagnostic.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux pertes de substance consécutives *aux lésions gommeuses du scrotum* qui ne peuvent trouver place dans ce chapitre. Certes, chez l'adulte, le problème est aisé et ne mérite guère qu'on s'y arrête.

Mais chez un enfant qui ne présente pas de stigmates avérés de syphilis héréditaire, la confusion avec la gangrène foudroyante serait au moins possible, puisque l'existence de cette dernière chez l'enfant paraît démontrée dans une de nos observations (Obs. 7).

Alors que nous faisions les recherches destinées à ce travail, il nous fut précisément donné d'observer une perte de substance étendue du scrotum chez un enfant de 22 jours, lésion qui, pendant quelque temps, fut attribuée par plusieurs observateurs distingués à une lymphangite gangréneuse.

Il s'agissait en réalité du ramollissement d'une gomme primitive du testicule, suivi de la destruction d'une grande étendue du sac scrotal.

Le diagnostic posé d'une façon ferme par M. le professeur Fournier, après la constatation d'une petite

gomme développée simultanément sur le voile du palais, fut confirmé par la suite de l'Observation, et surtout par l'efficacité bien constatée du traitement spécifique. L'erreur de diagnostic, difficile chez l'adulte, où la gomme syphilitique présente ses caractères classiques d'ulcération creuse, excavée, profonde, ménageant en superficie la plus grande partie des enveloppes scrotales, devient facile chez l'enfant où la lésion, par suite du faible volume des parties, semble immédiatement les envahir sur la presque totalité de leur surface.

La relation complète de ce cas si intéressant devait trouver sa place ici.

Il y aura avantage à le rapprocher de l'observation (7).

J. L. L.. âgé de 28 jours. Entré à l'hôpital St-Louis le 5 avril 1896, salle Henri IV, n° 16.

Cet enfant est amené par sa mère à la consultation chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis. Celle-ci raconte qu'il y a environ 11 jours, le 31 mars 1896, elle remarqua un gonflement notable du sac scrotal de son enfant.

Ce gonflement a persisté pendant cinq jours, au bout desquels, apparut à la partie inférieure du scrotum, et à gauche du raphé médian, une petite plaque brunâtre de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Cette petite tache s'étendit graduellement sur les parties voisines en changeant d'aspect dès le premier jour de son apparition. Son centre devint jaunâtre et se ramollit, pendant que les parties saines voisines se détachaient pour ainsi dire de la partie sphacélée. Avec l'apparition de cette période de ramollissement, disparaissait l'œdème qui envahissait à ce moment la totalité des bourses.

L'enfant a conservé, malgré la marche progressive et l'étendue de cette lésion, un état général satisfaisant.

Il paraît souffrir modérément, se nourrit bien ; sa fièvre est pour ainsi dire nulle. Il ne tousse pas, ses poumons sont sains. On ne trouve chez ce nourrisson aucune trace de maladie infectieuse ayant pu servir de point de départ à cette localisation secondaire.

Aucune lésion locale ne peut être incriminée ; — pas de trauma-

tisme, pas d'entamure tégumentaire, intégrité parfaite de son appareil urinaire. Les urines sont normales. La lésion est donc en apparence absolument spontanée.

Celle-ci se compose d'une vaste ulcération détruisant pour ainsi dire toute la partie inférieure du sac scrotal. Toutefois elle est asymétrique et empiète notablement à gauche du raphé, en remontant de ce côté presque jusqu'à la hauteur de la verge.

Les contours de cette ulcération sont irréguliers et déchiquetés; ils se continuent directement, avec les tissus sains, présentant toutefois, au contact de la plaie, une zone inflammatoire circulaire d'une étendue de quelques centimètres.

Les bords de l'ulcération sont nettement taillés à pic, et présentent de nombreuses anfractuosités.

Celle-ci présente deux à trois centimètres de profondeur. Son fond est irrégulier, raviné, recouvert d'un pus jaune verdâtre assez concret. Il est impossible de déceler la présence du testicule au milieu de ce magma purulent.

L'enfant présente également, sur la face interne de la cuisse droite, une petite érosion jaunâtre entourée d'une zone érythémateuse.

La mère déclarant avoir toujours été bien portante ainsi que le père de l'enfant; — ce dernier, d'autre part, ne présentant aucun stigmate très apparent de syphilis héréditaire, cette lésion fut d'abord prise pour une lésion purement inflammatoire, de cause et d'origine inconnue. Toutefois, le caractère aphlegmasique de l'ulcération, son aspect objectif d'ulcération creuse et profonde, ainsi que l'état général relativement bon de l'enfant étant de nature à faire suspecter son caractère spécifique, le petit malade fut présenté à M. le professeur Fournier qui, dès le premier abord, fut frappé de l'apparence gommeuse de cette lésion. De minutieuses investigations lui firent découvrir sur la voûte palatine de cet enfant une petite ulcération recouverte d'une substance puriforme jaune verdâtre, très concrète et adhérente, reposant sur la muqueuse absolument saine dans le reste de son étendue.

La découverte de cette nouvelle lésion était de nature à lever tous les doutes. L'enfant fut admis dans le service de M. le Dr Fournier, salle Henri IV, et fut soumis au traitement ioduré à 0.50 centigr. par jour. L'amélioration fut rapide, et l'influence décisive du traitement vint confirmer le diagnostic

de gomme syphilitique de la région scrotale. A l'heure actuelle (12 mai), l'enfant est complètement rétabli.

II

Le diagnostic de gangrène foudroyante étant désormais établi, il faut maintenant distinguer cette affection des gangrènes génitales liées à des causes bien connues. Qu'il nous suffise de faire remarquer qu'il est des cas particulièrement obscurs, où toutes les difficultés s'amoncellent pour faciliter l'erreur qui ne peut être évitée que par une investigation des plus minutieuses.

La lésion primitive, quelquefois minime, peut échapper facilement.

D'autres fois, elle est marquée par des complications concomitantes.

Un exemple frappant de la difficulté du diagnostic nous est offert par l'observation suivante empruntée à Boyer.

Il s'agit d'un garçon de 22 ans, qui fut porté à l'hôpital de la Charité pour une fièvre adynamique.

Au bout de quelques jours, on s'aperçut qu'il avait le prépuce enflammé. L'inflammation fit des progrès, et à la rougeur pourprée succéda bientôt une escharre gangréneuse, située à la partie supérieure du prépuce ; une grande étendue du gland et des corps caverneux fut détruite, les parois de l'urèthre tombèrent aussi en partie, et il resta une plaie inégale, anfractueuse, que le passage de l'urine et les pansements rendaient fort douloureuse.

Boyer pratique l'amputation. Lorsque le malade recouvra la connaissance qu'il avait perdue pendant le cours de la fièvre, il déclara qu'il avait contracté une blennor-

rhagie quelque temps avant sa maladie (In Julien, Traité pratique des maladies vénériennes, p. 198).

L'observation précédente montre de quelles réserves doit être entouré le diagnostic de la gangrène spontanée. Si une investigation minutieuse portant à la fois sur l'état général et sur l'état local n'a pas démontré l'absence absolument certaine des causes ordinaires du sphacèle, le diagnostic doit rester en suspens.

En effet, malgré la physionomie clinique véritablement personnelle de la gangrène foudroyante, il serait téméraire de chercher les principes de son diagnostic dans ses seules apparences morphologiques et même dans son évolution.

Parmi les causes générales, le *diabète* tient la première place ; on ne négligera donc jamais l'examen des urines.

A côté de la glycosurie, il faut faire avec Verneuil une place à l'infection palustre, puis à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, dont l'influence n'est peut-être qu'hypothétique, à l'intoxication cantharidienne et enfin à la fièvre typhoïde, dont le rôle est absolument certain.

Au premier rang des lésions locales génératrices de la gangrène, se placent les traumatismes de la verge.

Les blessures extérieures de cet organe sont en général faciles à reconnaître, mais les difficultés peuvent être très grandes quand il s'agit de remonter à l'origine d'accidents engendrés par l'introduction dans l'urèthre de corps étrangers. « Il faut toujours se méfier de ces aventures extraordinaires, de quelques-unes de ces turpitudes, telles qu'en inventent les déviations des instincts, le dérèglement des appétences génitales, les vésanies érotiques. Il s'en faut que les malades confessent toujours ces obscé-

nités inavouables, et c'est à la sagacité du médecin qu'incombe la charge de les dépister. » (Fournier.)

Parmi les lésions spontanées, il faut signaler toutes les ulcérations ou érosions de nature vénérienne, et la blennorrhagie récente.

C'est surtout chez les sujets atteints de phimosis que ces lésions ont chance de passer inaperçues. L'existence bien constatée d'une induration sous-préputiale devra toujours éveiller dans l'esprit l'hypothèse d'un chancre.

L'écoulement gonorrhéique sera différencié de la suppuration liée à une balano-posthite par la possibilité de faire sourdre le pus du méat par une pression méthodique s'exerçant sur la face inférieure de l'urèthre, du périnée vers l'extrémité antérieure de la verge.

L'existence au niveau de la rainure balano-préputiale d'un sillon d'étranglement fera connaître le sphacèle lié au paraphimosis.

Enfin on ne se contentera pas, pour apprécier l'état de l'urèthre, des commémoratifs fournis par l'interrogatoire du malade.

On aura toujours recours à l'exploration directe du canal avec une bougie à boule olivaire qui, seule, pourra parfois faire reconnaître l'existence de ces rétrécissements larges qui, malgré leur bénignité apparente, peuvent devenir le point de départ d'infiltrations purulentes et gangréneuses péri-uréthrales.

Qu'il nous suffise d'avoir indiqué dans ses grandes lignes la marche que doit suivre le clinicien avant d'arriver au diagnostic définitif de gangrène *spontanée* des organes génitaux de l'homme. On trouvera, dans les leçons de M. le professeur Fournier (Sem. Médicale, 1883), des indications complètes sur les causes nombreuses et parfois tellement inattendues des gangrènes secondaires ou symptomatiques.

Pronostic

Le pronostic de la gangrène foudroyante des organes génitaux nous réserve une surprise bien inattendue. Malgré le cortège symptomatique, véritablement effrayant, dont elle s'accompagne, malgré son évolution suraiguë, en dépit de l'étendue des lésions locales et de la virulence redoutable des germes pathogènes, aujourd'hui démontrée, l'affection tourne court et aboutit à la guérison. Ce n'est pas là un des caractères des moins originaux de cette variété si spéciale de gangrène. Il suffirait à la distinguer d'autres sphacèles de la même région, de ceux par exemple qui succèdent, chez les vieux urinaires, à une inoculation partie de l'urèthre. Cette dissemblance dans le mode de terminaison d'accidents en apparence si voisins, notée déjà par MM. Guyon et Albarran, est peut-être due à la différence de terrains sur lesquels ces lésions évoluent. D'un côté, organismes débilités, et par l'infection urinaire, et par l'âge, de l'autre, individus jeunes, robustes, le plus souvent, sans tare organique antérieure.

Peut-être aussi cette bénignité relative de la gangrène foudroyante trouve-t-elle jusqu'à un certain point son explication dans la forme toute superficielle du sphacèle qui ne devient dangereux que par sa tendance envahissante en surface. Mais cette dernière peut être aussi jugulée

si un traitement chirugical énergique intervient à l'heure propice.

« Dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici, dit M. le professeur Fournier, la terminaison s'est faite d'une façon désastreuse localement, mais d'une façon heureuse quant à la vie.

Je n'affirmerai pas cependant que la terminaison doit être toujours favorable ; le contraire me semble même plus vraisemblable. Je crois que cette gangrène peut aboutir à la mort et je le crois pour les raisons suivantes :

1° Parce que dans l'un de nos cinq cas, le malade a bien failli mourir. C'est celui sur lequel s'est produit ce purpura intense, et ces escharres menaçantes dont je vous parlais à l'instant. Le malade était en même temps atteint d'adynamie profonde avec phénomènes typhoïdes et pendant quelques jours le pronostic a été des plus menaçants.

2° Parce que la mort s'est produite dans deux autres cas. L'un d'eux a été observé par Heer, l'autre par moi-même.

Ce dernier cas, il est vrai, n'a pas été assimilé par moi à ceux qui le précèdent, mais il s'en rapproche et fait partie de la même série morbide ».

Ce pronostic ne s'est guère modifié dans les Observations ultérieures. Deux morts seulement parmi les sujets de nos Observations, et encore l'un d'eux, le malade de M. Villar, était âgé de 69 ans, condition bien en désaccord avec les données étiologiques habituelles de la gangrène foudroyante. L'autre est le malade de MM. Bonnière et Leloir, dont les lésions présentèrent une tendance extensive si redoutable.

Chez ce sujet, il semble que les phénomènes inflam-

matoires et infectieux (lymphangite, érysipèle bronzé) se soient placés au premier rang et l'aient emporté sur le processus de mortification

Même dans les cas où la perte de substance est très étendue, il est rare que la cicatrice soit difforme et entraîne à sa suite un trouble dans les fonctions. Grâce à la mobilité et à la laxité de la peau de cette · région, la rétraction inodulaire attire sur la verge et le scrotum les téguments des territoires voisins. Par ce procédé, les corps caverneux sont rapidement recouverts et les testicules se reconstituent une sorte de suspensoir naturel qui, bientôt, ne le cède guère en souplesse à l'enveloppe primitive. Les fonctions de la verge ne sont que très rarement compromises ; à peine signale-t-on dans un ou deux cas une légère déviation de l'organe pendant l'érection et qui, du reste, ne compromettait en rien le coït. C'est qu'en effet les lésions, nous l'avons déjà dit, restent superficielles dans la gangrène foudroyante. Le tuteur naturel de la verge, les corps caverneux, est respecté, et c'est là le point essentiel. Ne sait-on pas que le moindre nodus cicatriciel dans l'épaisseur de ces derniers peut compromettre à jamais l'érection en lui enlevant sa rectitude ?

Pathogénie

Nous n'avons pas à justifier la dénomination de gangrène, appliquée aux accidents qui font le sujet de cette étude. La simple lecture des Observations est suffisamment démonstrative par elle-même. Elle permet de suivre dans tous les cas la mortification des téguments et témoigne de la production de larges escharres. Sauf en cas de gangrène sèche, il est même rare en clinique de voir le processus nécrobiotique évoluer suivant un type aussi bien défini et dégagé de toutes les modalités secondaires qui bien souvent viennent obscurcir sa modalité propre.

La gangrène sèche peut sévir sur les organes génitaux. Elle y a été maintes fois observée. M. le prof. Guyon et M. le Dr Reclus en ont communiqué deux cas à M. le prof. Fournier qui les a cités dans sa leçon de 1883.

L'étude de ces faits indique qu'il s'agit en général de vieillards ; l'artère dorsale de la verge se montre grosse, indurée, présentant même parfois des battements anormaux, toutes conditions qui témoignent du rôle primordial joué par les altérations vasculaires dans la genèse de la mortification. L'évolution est aussi caractéristique.

Sans phénomènes inflammatoires préalables, sans rougeur ni gonflement, on voit les parties antérieures de la verge noircir, se flétrir, se détacher comme le fait un orteil dans la gangrène sèche typique.

Une seule parmi nos nombreuses Observations pourrait peut-être prêter à un rapprochement avec les faits précédents. Il s'agit du cas rapporté par M. Villar qui a trait à un sujet de 69 ans, chez qui une plaque de sphacèle apparut sur le côté de la verge à la suite du coït. Cette dernière condition paraît avoir joué un rôle chez le malade observé par M. le professeur Guyon.

L'analogie serait parfaite, si le caractère athéromateux des vaisseaux de la verge avait été constaté chez le malade de M. Villar. Malheureusement il n'en est pas fait mention dans l'Observation.

L'existence de symptômes généraux et de la fièvre, d'une part, l'absence constante de troubles nerveux, d'autre part, nous paraît suffisante pour éliminer l'idée d'une gangrène trophonévrotique.

Les relations étroites qui existent entre l'infection et la gangrène sont établies depuis longtemps par la clinique.

M. Jalaguier en particulier s'est attaché à en démontrer la réalité pour les sphacèles qui succèdent à l'inflammation des vaisseaux blancs.

Les recherches bactériologiques modernes sont venues renforcer cet enseignement de la clinique en indiquant la part prépondérante des microbes et de leurs toxines dans la genèse des processus de mortification.

Toutes les conditions cliniques concourent du reste dans le sujet qui nous occupe pour démontrer cette association de l'infection et de la gangrène.

Début par des symptômes généraux, par une fièvre élevée qui se maintient pendant toute la phase aiguë de l'affection. Symptômes nerveux assez graves pour aller dans certains cas jusqu'à l'adynamie. Localisations mul-

tiples de cette infection sur différents points de l'organisme se traduisant par des érythèmes, du purpura, et dans son expression la plus grave, par de l'érysipèle bronzé.

Dès l'origine, ces particularités avaient frappé M. le Prof. Fournier, et l'avaient conduit à classer la gangrène foudroyante dans le groupe des maladies infectieuses.

La plupart des observateurs qui ont suivi ont subi la même impression. Aucun ne paraît cependant l'avoir éprouvée au même degré que le professeur Pellizari, de Florence.

Prenant texte des symptômes observés chez son malade, il fut conduit par les seules Observations cliniques à diagnostiquer une affection à streptocoque; diagnostic qui fut confirmé par les recherches bactériologiques. Déjà MM. Balzer et Duclaux, dans un des cas de M. le professeur Fournier, avaient pu déceler la présence d'un microcoque dans le sang des sujets atteints. Depuis, ces recherches furent reprises par plusieurs observateurs, mais sans aboutir à aucun résultat positif.

L'Observation de Pellizari et Volterra est donc la première, et la nôtre la seconde où la nature streptococcique de cette affection ait été nettement démontrée.

La virulence particulière de l'agent pathogène intervient certainement pour une part prépondérante dans l'intensité et la rapidité du processus gangréneux.

C'est ainsi que, dans notre Observation personnelle, on avait affaire à un streptocoque en période de multiplication, et en multiplication si intense que presque tous ses grains se trouvaient à demi dédoublés, donnant à ces éléments, non plus la forme d'un coccus, mais celle d'un sablier.

Cette particularité dénaturant la morphologie habituelle du streptocoque, laissa même un instant le diagnostic bactériologique en suspens, jusqu'à ce que les cultures et l'inoculation vinssent en confirmer la nature.

Dans le débat ouvert sur la recherche des causes probables de la gangrène foudroyante, il est impossible de faire une part, tant minime soit-elle, aux influences morbides générales engendrées par l'âge, les diathèses, une débilité soit congénitale, soit acquise. Les documents apportés à la discussion par l'étiologie même de l'affection sont, à cet égard, suffisamment précis et concluants. Nous rappellerons seulement que l'enfant âgé de deux semaines, dont le Docteur Marcy a fait connaître l'histoire (Obs. VII), n'était pas né de parents syphilitiques et n'avait présenté aucun des stigmates de l'athrepsie. Quant à l'opinion de Thiry, de Bruxelles, et d'après laquelle il s'agirait, dans le cas particulier, de troubles trophiques liés à une altération des ganglions du grand sympathique, c'est une hypothèse toute gratuite que rien dans l'histoire des malades ne saurait justifier. Nous l'avons déjà démontré, il n'y a rien de commun entre la physionomie clinique de la gangrène foudroyante et les accidents de sphacèle imputables à une tare nerveuse qui, du reste, faisait défaut chez tous les sujets de nos Observations.

Deux grandes théories restent en présence, qui résument toutes les opinions secondaires, cherchant à résoudre le problème pathogénique si obscur de la gangrène foudroyante. Les uns, et ce sont peut-être les plus nombreux, admettent qu'il s'agit d'une affection vénérienne, transmise par les rapports sexuels, qui mérite de prendre place à côté des infections spécifiques, telles que les chancres mous et syphilitiques, la blennorrhagie.

Cette dissociation entre les affections virulentes et non virulentes transmises par le coït semble s'être élevée au rang d'une véritable doctrine, surtout depuis le mémoire de Mauriac (*Gaz. des Hôptaux*, 1879).

Trois ans après la publication des premières observations de M. le professeur Fournier, on commençait à chercher à expliquer par cette thèse générale la raison cachée de la gangrène foudroyante.

MM. Villar et Verchère (*France médcale*, 1887) furent les premiers à entrer dans cette voie. Pour M. Villar, il s'agit sans contestation possible d'une affection gangréneuse du gland, analogue à celle décrite par M. Mauriac ; elle reconnaît pour cause première l'inoculation d'un principe virulent dont l'introduction est favorisée par une lésion traumatique chez un individu prédisposé. Qu'il nous soit permis de faire remarquer, en passant, qu'un des termes au moins de cette proposition ne peut être admis. La prédisposition engendrée par l'état général existait peut-être chez le sujet de M. Villar, âgé de 69 ans, mais elle faisait défaut, nous le savons, chez la plupart de nos malades.

M. Verchère considère comme inutile d'attribuer une appellation nouvelle « gangrène foudroyante » ou « gangrène spontanée de la verge » à une affection qui n'a rien de particulier que son siège et peut être rangée parmi les types de lymphangites gangréneuses.

Reste à déterminer l'origine de cette infection lymphangitique. Or, jamais dans aucun cas la « gangrène n'est survenue spontanément, elle a toujours suivi, à une distance plus ou moins grande, un coït et un coït suspect. Dans les cas de St-Malo, c'étaient des soldats qui, du moins quelques uns d'entre eux, de même que chez

notre jeune homme d'Alfort, avaient eu des rapports en plein air, c'est-à-dire dans des conditions qui exigent une grande rapidité d'action et aussi un mode opératoire défectueux et hâtif pouvant amener des excoriations, des déchirures du gland et du prépuce ; je n'ai pas besoin d'insister ; le jeune homme de notre Observation I avait remarqué sur le gland, avant la gangrène du prépuce, de petites ulcérations ; de plus notre jeune homme d'Alfort était un novice, et on sait que c'est une condition favorable aux éraillures du prépuce.

« Il est dès lors facile, si l'on veut bien admettre la possibilité de ces traumatismes légers, de concevoir l'apparition de la gangrène dite spontanée de la verge.

« Si l'on veut se rappeler l'âge des malades, 69 ans (le malade de Villar), si l'on veut considérer les milieux dans lesquels se sont plongées les verges des autres malades plus jeunes, si l'on veut enfin reconnaître combien est fréquente la gangrène des téguments de la verge et du scrotum sous l'influence de la moindre inflammation, rien ne sera plus aisé que de comprendre comment le point de départ de cette affection a été une lymphangite septique primitive qui, sous les influences que je viens de rappeler, s'est terminée par gangrène. »

Enfin Volterra est non moins explicite. Avec le professeur Pellizzari, il admet que tous les jours nous voyons des malades qui gagnent la tuberculose dans les rapports sexuels, et que nous sommes incapables d'évaluer toutes les autres affections qui peuvent se transmettre par cette voie. Dans notre cas, dit-il, une simple modalité éruptive, pustuleuse, phlycténulaire, furonculeuse, pouvait très bien contenir ce streptocoque qui, cependant, a pu produire des effets beaucoup plus graves qu'une ulcération vénérienne.

Ecoutons maintenant les partisans de l'opinion adverse. De leur côté se fait entendre la voix autorisée de M. le professeur Fournier. Est-il possible, se demandait notre maître dans sa leçon de 1884, de considérer la gangrène comme la conséquence du coït ? « On l'a dit, mais pour mon compte, je n'ai jamais vu de cas de ce genre ; j'ajouterai que s'il suffisait de simples excès vénériens pour déterminer une gangrène du pénis, ces gangrènes se rencontreraient à profusion dans nos salles, alors qu'au contraire elles y sont très rares.

Tout ce que je puis admettre dans cet ordre d'idées, c'est que la gangrène peut résulter d'excès vénériens lorsqu il s'y joint une cause prédisposante, ou lorsque ceux-ci ont été considérables, extraordinaires. »

Afin d'apporter le plus de clarté possible dans cette discussion un peu confuse, où les arguments les plus divers et parfois les moins bien définis ont trouvé place, une distinction fondamentale nous paraît tout d'abord nécessaire. Il est tout un groupe de faits où l'origine vénérienne des accidents gangréneux doit être écartée à priori. Dans plusieurs observations en effet, il est mentionné que l'acte génital n'avait pas été accompli depuis plusieurs mois. A moins donc d'accorder à la période d'inoculation une durée en quelque sorte illimitée, le coït ne saurait être rendu responsable de lésions survenues à une date aussi éloignée de l'accident originel. Comment surtout admettre l'origine vénérienne pour les cas observés chez de tout jeunes enfants.

Il convient donc de mettre ces cas hors de discussion, et si l'origine vénérienne peut rendre compte de certaines gangrènes foudroyantes, elle ne saurait en tout cas avoir la prétention de s'appliquer à l'ensemble des faits.

Et de cette dissociation ressort déjà une grosse objection à laquelle n'ont pas assez pris garde les partisans de cette théorie.

Vient le deuxième groupe de faits, ceux où le coït a été pratiqué dans une période suffisamment récente par rapport au début de la gangrène pour permettre au moins de soupçonner entre elle et les rapports sexuels un lien de causalité. Mais, déjà, le coït ne suffit pas à lui seul ; il faut qu'il s'y joigne une cause occasionnelle ou prédisposante, et les partisans de l'origine vénérienne l'ont bien compris. Cette cause prédisposante, ils l'ont cherchée pour la plupart, dans le milieu dans lequel s'est plongée la verge (Verchère, Martel), ou bien dans des difficultés du coït dues aux conditions défavorables suivant lesquelles il s'est accompli, ou à l'étroitesse de la femme, d'où des écorchures, véritable porte d'entrée de l'infection.

De fait, ces conditions fâcheuses, ces micro-traumatismes, ces minuscules érosions, sont notées assez souvent, car les observateurs ayant l'attention attirée de ce côté, les ont cherchées avec soin, mais malgré la rigueur plus apparente que réelle de ces inductions, l'objection de M. le professeur Fournier subsiste tout entière; si des causes aussi banales pouvaient devenir le point de départ d'aussi graves accidents, ceux-ci devraient être d'observation courante à Saint-Louis, tandis qu'ils y sont exceptionnels.

Il était logique de chercher si, chez la femme, des accidents gangréneux analogues avaient été observés.

Ils paraissent être plus exceptionnels encore que chez l'homme. Nous rappellerons, d'après M. Verchère, le cas de gangrène du vagin décrit à la Société gynécologique de Londres, le 22 avril 1886, par Chalmers. Il eut lieu

chez une primipare accouchée avec le forceps, sans autre accident qu'une légère déchirure du périnée. Le quatrième jour, des symptômes de gangrène du vagin et de septicémie se développèrent. A ce fait, nous pouvons en joindre deux autres. L'un deux est dû à M. le Dr Martel qui, dans la note déjà citée, rapporte l'observation d' « une jeune fille de 18 ans, chétive et misérable, atteinte d'une double vaste fistule vésico et recto-vaginale, par le fait d'une gangrène de la partie profonde du vagin dont l'origine remontait au 31 octobre, jour où la fillette, ayant ses règles, était tombée dans une mare, et était restée longtemps mouillée.

Malgré l'enquète la plus minutieuse, je n'ai pu trouver aucun vestige d'une affection vénérienne contagieuse, aucune trace de manœuvre de libertinage ou d'avortement; aucun signe de grossesse, mais seulement à la figure l'éruption herpétique ayant accompagné la fièvre ».

Enfin M. le docteur Glantenay, prosecteur à la Faculté, nous a dit avoir observé, dans le service de M. le professeur Guyon, une femme dont la paroi vésico-vaginale était détruite en totalité sans que la cause de cette vaste brèche ait pu être élucidée. Elle ne paraissait être en rapport, ni avec un traumatisme, ni un accouchement.

Ces cas seraient tout-à-fait démonstratifs s'il avait été établi, pour l'un au moins des sujets de nos Observations, que les rapports avaient eu lieu avec une femme ainsi contaminée. Il n'en est rien. Rarement l'examen de la femme soupçonnée a été pratiqué et, dans les quelques cas où cette investigation a eu lieu, elle est toujours restée négative. De ce côté encore, la théorie de l'origine vénérienne de la gangrène foudroyante nous semble battue en brèche.

Le parti le plus sage et le seul vraiment rationnel nous semble, dans l'état actuel de la science, de réserver notre jugement et d'attendre que des faits plus démonstratifs viennent se joindre aux précédents pour établir définitivement ou pour infirmer à jamais le rôle pathogénique attribué au coït dans la maladie que nous étudions.

L'influence de l'acte vénérien ainsi réduite à ses justes proportions, est-il possible de trouver en dehors de lui des conditions capables de nous indiquer la porte d'entrée de l'infection ?

Celle-ci pourrait être, à bon droit, cherchée dans la balano-posthite qui existait à peu près chez tous nos malades.

Il est vrai qu'on peut objecter immédiatement que cette infection sous-préputiale n'est peut-être que secondaire aux accidents d'inflammation redoutables qui évoluent dans le voisinage. Cependant, il est des cas, et notre observation personnelle en est une preuve, où la balanite fut primitive, absolument indépendante du sphacèle qui n'avait pas encore fait son apparition à l'époque où elle fut constatée. Mais comment admettre un rapport de causalité entre l'inflammatiou du prépuce et du gland d'une part, et la gangrène de l'autre, quand celle-ci s'est installée primitivement sur le scrotum. S'il s'agit, comme certains l'ont pensé, d'une lymphangite partie de l'extrémité antérieure de la verge, c'est bien, d'après le trajet connu des lymphangites, sur le dos de l'organe que la première plaque de sphacèle aurait dû placer son lieu d'élection. Enfin, qu'il nous soit permis de rappeler que le pus de la balanite et celui qui provenait du foyer gangréneux renfermaient des microbes différents chez notre malade. L'anatomie et la bactério-

logie nous paraissent donc d'accord pour infirmer, au moins dans un certain nombre de cas, l'origine balanique de la gangrène.

Toutefois les objections deviennent moins pressantes dans le cas jusqu'ici unique de Volterra, où le même streptocoque fut constaté sur la tranche du prépuce et dans la sérosité exhalée par le foyer gangréneux.

Mais alors, quelle est l'origine réelle de la balano-posthite?

Est-elle d'origine vénérienne ou vient-elle d'une infection extérieure. Nous sommes ainsi ramené à la discussion précédente, et les doutes que nous avons émis sur l'influence des rapports sexuels subsistent tout entiers.

Dans ces dernières années de nombreux travaux sont venus modifier les données classiques sur la genèse des inflammations péri-uréthrales sous l'influence des idées de Voillemier; celles-ci, en effet, qu'elles revêtent la forme gangréneuse ou inflammatoire simple (abcès urineux), étaient universellement attribuées à l'action directe de l'urine sur les tissus. Celle-ci sortie de ses voies naturelles par effraction, à la faveur le plus souvent de la moindre résistance des parois de l'urèthre, en arrière d'un rétrécissement, produisait, suivant la quantité de liquide épanché, suivant son degré de virulence et aussi le degré de résistance générale du sujet, des désordres dont l'intensité variait depuis la tumeur urineuse jusqu'à l'infiltration gangréneuse la plus grave, en passant par l'abcès urineux vulgaire.

Mais voici que des Observations récentes, absolument concluantes, conduisent à admettre avec MM. Carlier et Arnould (Gaz. des hôpitaux, 1892), qu'il y a deux sortes d'abcès urineux : « ceux qui succèdent à une issue du

liquide urinaire et ceux qui se forment d'emblée contre les voies urinaires, mais sans communication avec celles-ci ». Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Legueu la connaissance de plusieurs observations d'abcès urineux sans communication au moins primitive, avec l'urèthre ; celle-ci ne s'étant établie que secondairement, par suite de l'extention des lésions du côté du canal. L'un des meilleurs types de ces abcès péri-urinaires, n'est-il pas le phlegmon péri-néphrétique et M. Albarran n'a-t-il pas montré que la capsule propre du rein n'est pas une barrière infranchissable ni même un filtre pour les microbes qui ont élu domicile dans ces parenchymes. Que l'infection péri-uréthrale ait donc lieu par continuité de tissu comme l'indiquent les auteurs précédents, ou bien parfois par phlébite, comme l'ont indiqué MM. Legueu et Nogués (Ann. des Org. Génito-Urin. 1893) ; il est acquis aujourd'hui qu'elle peut avoir lieu sans effraction du canal et issue directe de l'urine dans les tissus.

Enfin nous devons rappeler ici que MM. Guyon et Albarran ont établi à côté de la gangrène urinaire par infiltration un type de sphacèle dû à l'inoculation au niveau du prépuce d'un principe septique venu de l'urine.

A la vérité, les preuves nous font défaut qui permettraient l'assimilation de la gangrène foudroyante aux faits précédents. On nous permettra tout au moins d'essayer un rapprochement. Si de ce parallèle il ne ressort aujourd'hui aucune conclusion ferme, peut-être dans l'avenir des faits mieux observés et surtout analysés au point de vue spécial où nous nous plaçons en ce moment, feront-ils la lumière sur la pathogénie de la gangrène foudroyante. Le problème est assez complexe pour qu'on prenne la peine

de s'entourer de tous les matériaux capables d'aider à sa solution.

Deux objections principales peuvent être faites à l'hypothèse de l'origine urinaire de la gangrène. La première a trait à l'intégrité bien constatée de l'appareil urinaire, au moins chez plusieurs malades, chez le nôtre en particulier. Nous répondrons à cela que la genèse du phlegmon peri-uréthral n'est pas toujours en rapport avec le degré de rétrécissement du canal, suivant la démonstration qui en a été donnée par MM. Guyon et Vigneron, et que cet accident peut compliquer un rétrécissement large. De son côté, M. Cerné (Normandie médicale, 1893) a rapporté une observation de phlegmon diffus du périnée, sans infiltration, qui ne put être attribué qu'à un rétrécissement du méat assez large du reste pour permettre facilement la miction. Enfin, MM. Balzer et Souplet (Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1893) ont fait connaître l'observation d'un homme de 26 ans, absolument dépourvu d'antécédents vénériens et qui portait, depuis trois ans, à la face inférieure de la verge un cordon induré rouge et dur, qui fut le point de départ de plusieurs abcès, et finit par disparaître sous l'influence de pansements externes sans aucun traitement spécial du canal.

La deuxième objection a trait à la nature microbienne de ces collections péri-urinaires. La bactérie pyogène paraît leur agent provocateur ordinaire, alors que, dans notre cas, c'est le streptocoque qui est en cause. Mais, dans deux cas de phlegmon péri-uréthral, M. Clado a trouvé associé à la bactérie septique le streptocoque pyogène. Enfin, dans leurs recherches sur la flore bactérienne de l'urèthre, MM. Hallé et Wassermann ont rencontré le streptocoque.

Nous avons voulu seulement indiquer que l'hypothèse de l'origine urinaire de la gangrène foudroyante ne va pas à l'encontre des données scientifiques aujourd'hui admises, qu'elle n'est passible d'aucune objection fondamentale. Notre but est atteint et nous laisserons cette théorie à l'état de simple hypothèse, puisqu'il nous est impossible, d'après nos Observations, d'en donner la démonstration directe.

Enfin, en l'absence de toute donnée certaine sur la nature de la porte d'entrée des germes virulents dans la gangrène foudroyante, il est permis d'admettre que, souvent peut-être, l'agent pathogène vient de l'extérieur, se traçant une voie à travers une minuscule érosion, comme c'est souvent le cas dans l'érysipèle. Une telle migration paraît bien probable, au moins chez le malade dont le Dr Crussard a communiqué l'histoire à M. Fournier. Nous rappelons que chez ce malade, la gangrène survint pendant qu'il fréquentait la maison d'une femme atteinte d'érysipèle.

Traitement

Lorsque le malade se décide à réclamer les soins du médecin, la gangrène le plus souvent a déjà commencé son œuvre. Cependant dans quelques-uns des cas publiés, il est arrivé que le patient vint consulter pour des accidents de balano-posthite. A cette période en quelque sorte prémonitoire on ne peut rien pour prévenir l'apparition du sphacèle. D'abord la bénignité apparente des accidents ne permet guère de prévoir l'allure terrible de leur évolution. Ensuite nous ne possédons sans doute aucun moyen efficace pour enrayer les lésions. Les antiphlogistiques, les pansements et les bains antiseptiques seraient sans doute insuffisants. Peut-être, étant donné la nature streptococcique, aujourd'hui bien démontrée de l'affection, sera-t-il permis un jour de s'adresser, à titre préventif, aux injections de sérum préconisées contre l'érysipèle.

A la période de gangrène confirmée, le traitement de l'état général ne sera pas négligé. Il trouve ses deux indications essentielles dans la fièvre et dans l'adynamie. C'est dire que le sulfate de quinine et l'alcool y tiendront la plus large place.

Localement deux moyens paraissent présenter une efficacité réelle : « 1° Les bains à température douce, prolongés pendant deux à trois heures. — 2° De grandes et profondes incisions sur les parties turgescentes, dis-

tendues. » (Fournier). Nous ne pouvons que souscrire à ces règles thérapeutiques. Un des malades de M. Fournier avait déjà la verge presque absolument gangrénée, et le scrotum, considérablement tuméfié, offrant le volume d'une grosse orange, semblait destiné à subir le même sort à brève échéance. Grâce à de larges incisions du sac scrotal, pratiquées par M. le professeur Le Dentu, un dégorgement immédiat se produisit et le scrotum est préservé.

Une indication non moins urgente de ces énormes incisions réside dans l'apparition de vastes nappes lymphangitiques à tendance extensive. Leur efficacité est démontrée avec la dernière évidence par l'observation de notre malade. Ces incisions peuvent être conduites avec d'autant plus de hardiesse qu'il est inutile de leur faire dépasser l'epaisseur du tissu cellulaire sous cutané. En revanche, elles seront très longues, atteignant ou même dépassant les limites de la zone enflammée.

Grâce à ce traitement, le médecin ne saurait se considérer comme absolument désarmé en face de la gangrène foudroyante. Aussi les lignes suivantes, dues a la plume de M. Taurin, ont-elles lieu de nous étonner, d'autant plus que le travail de l'auteur vise spécialement le cas de M. Fournier où les incisions eurent le plus heureux résultat. « Il est de toute impossibilité d'essayer d'enrayer la marche de la gangrène à la région qui nous occupe. Les grandes incisions, outre qu'elles amènent des délabrements regrettables, peuvent mettre en contact ces produits de sphacèle septique avec les tissus encore sains... La cautérisation au fer rouge, qui donne de bons résultats sur d'autres parties du corps, n'en donnera ici que de défectueuses, pour ne pas dire plus. »

L'analyse attentive des faits déjà nombreux où le

traitement chirurgical actif fut appliqué à la gangrène foudroyante, donne un démenti formel aux assertions précédentes. Tous les auteurs qui ont eu recours aux larges incisions dans la gangrène foudroyante sont unanimes pour témoigner non seulement de leur innocuité, mais encore et surtout de leur influence heureuse et souvent décisive sur la limitation du processus.

Enfin ce que nous avons dit de la facilité avec laquelle les désordres se réparent le plus habituellement, permet de comprendre que les opérations plastiques destinées à combler les pertes de substances trouveront rarement ici leurs indications.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

J... X..., 39 ans, entre à l'hôpital St-Louis, le 7 décembre 1895, dans le service de M. le professeur Fournier, salle St-Louis.

Antécédents héréditaires. — Ne présentent aucun intérêt dans l'espèce.

Antécédents personnels. — A toujours eu une excellente santé. D'ailleurs, sujet fort et vigoureux. On ne relève chez lui aucune tare constitutionnelle acquise ni héréditaire. Le malade avoue, cependant, avoir des habitudes d'intempérance. Il est sujet aux cauchemars, et présente de la pituite matinale. Intégrité de son foie et de sa rate.

On ne relève comme affection vénérienne antérieure qu'une blennorrhagie, de faible intensité, d'ailleurs, contractée il y a environ une année. Elle a guéri très rapidement à la suite d'injections d'eau blanche très diluée, que le malade se faisait lui-même avec une petite seringue en verre.

La pénétration de l'embout de la seringue ne dépassait pas deux centimètres, et le malade déclare ne s'être jamais fait la moindre blessure pendant cette manœuvre.

Aucun rétrécissement ne fut la conséquence de cette blennorrhagie. On ne pratiqua chez lui ni sondage ni cathétérisme.

Les urines furent toujours normales. Aucun phénomène antérieur à relater du côté de la miction qui s'est toujours effectuée de la façon la plus satisfaisante.

Vers le 15 novembre, apparaît une balanoposthite, que le malade ne soigne pas. Celle-ci s'accompagne d'un léger œdème

préputial. Le malade n'y prend pas garde et continue ses occupations.

Le malade pendant toute cette période déclare n'avoir eu aucun rapprochement avec une femme. Son dernier coït remonte déjà à quelques semaines (environ deux mois).

Début. — Le samedi 30 novembre, le malade éprouve un malaise général. Il est pris de frissons réitérés ; une fièvre vive s'allume. En même temps apparaissent un violent mal de tête, des nausées, des sueurs abondantes ; sa langue est sale, sa bouche mauvaise ; il est très altéré.

Il reste ainsi couché pendant trois jours, avec ce même état fébrile et nauséeux. Aucun phénomène n'apparaît encore du côté des organes génitaux.

Le mardi 3 décembre, après avoir uriné, le malade éprouve une légère douleur inguinale s'irradiant dans les bourses. Et, quelques instants après, il constate un gonflement notable du scrotum.

Le malade garde le lit à cause de son mauvais état général. Il prête une médiocre attention au gonflement des bourses, qui, d'ailleurs le fait peu souffrir.

Dans la nuit du vendredi au samedi, apparaît brusquement le sphacèle des bourses. Celles-ci ont considérablement augmenté de volume, et prennent une coloration violacée. Le malade vient alors à pied à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et il est admis d'urgence dans le service de M. le Professeur Fournier, salle Saint-Louis.

A son entrée dans la salle, on constate chez le malade, d'abord un état général mauvais, celui-ci présente un grand état de faiblesse, ses traits sont tirés, le nez effilé, les yeux excavés, son teint est terreux et le visage est recouvert d'une sueur abondante. Etat saburral prononcé. La langue est sale, l'haleine fétide ; de plus, le malade déclare tousser depuis quelques jours.

La poitrine présente de la submatité, surtout très marquée en arrière et du côté droit. L'auscultation révèle la présence dans les deux poumons de nombreux râles sous-crépitants. La respiration présente à la partie moyenne du poumon droit une rudesse qui fait redouter à ce niveau l'explosion d'une broncho-pneumonie. Fièvre, 39°. Pouls, 115 pulsations.

Du côté des organes génitaux, on remarque que toute la

région est envahie par un œdème considérable. Les bourses, très augmentées de volume, ont la dimension d'une tête de nouveau-né. La peau est rouge et suintante. Toute la partie inférieure du sac scrotal (les deux tiers environ) présente une couleur brune violacée. L'épiderme se détache par endroit, et laisse s'écouler un liquide roussâtre qui lubréfie les parties mortifiées.

Le malade déclare que la plaque violacée a débuté au niveau de la partie médiane et antérieure du scrotum pour s'étendre ensuite en bas, sur les côtés et en arrière. Cette plaque de sphacèle se rattache sans transition à la partie relativement saine des bourses (tiers supérieur), suivant une ligne circulaire assez régulière dans son trajet, mais remontant beaucoup plus haut en arrière (presque jusqu'à la naissance du scrotum) qu'en avant (3 travers de doigt au dessous de la racine de la verge).

La consistance des bourses est mollasse, l'épiderme se déchire et reste accolé par lambeaux aux doigts. La pression fait sourdre un liquide visqueux d'une odeur légèrement fétide.

L'exploration réveille une douleur sourde, et de peu d'intensité.

L'œdème de la région s'étend au prépuce, de couleur rosée mais sans plaques de sphacèle. Les régions inguinales, hypogastriques et périnéales sont envahies par le processus inflammatoire mais dans une légère étendue. On remarque seulement une coloration rosée des téguments. Les ganglions des deux aines sont très appréciables mais nullement douloureux, et de petit volume. Le matin même de l'entrée du malade dans le service on procède à une première opération.

M. Legueu pratique au bistouri trois larges incisions sur le scrotum. Deux latérales, et une troisième à la partie postérieure des bourses, comprenant presque toute la longueur du périnée. Ces incisions donnent lieu à l'écoulement d'une grande quantité de liquide séro-sanguinolent recueilli avec soin dans un verre pour être soumis à l'analyse chimique. On prélève en même temps quelques pipettes destinées à l'examen bactériologique que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Saboureau. M. Legueu procède alors à l'exploration du canal, à l'aide d'une bougie exploratrice, et constate l'intégrité parfaite du canal. Aucune trace de rétrécissement appréciable sur tout son parcours.

Un examen attentif ne lui fait découvrir aucun décollement, aucune cavité périuréthrale.

Il constate également, en injectant de l'eau boriquée dans le canal, qu'il n'y a aucune communication entre ce trajet et la plaie opératoire.

Disons de suite, que l'examen chimique du liquide recueilli par expression des bourses après leur incision, pratiqué par M. le Dr Cathelineau, n'a pas révélé dans sa composition la moindre trace d'urine.

Les urines recueillies par le sondage sont normales, claires, transparentes ; ni albumine, ni sucre, pas de sang, pas de pus.

On institue un traitement général (caféine, ventouses, sulfate de quinine, extrait de quinquina) et on panse les plaies avec des compresses imprégnées de liqueur de Van Swieten dédoublée.

Dimanche 8 décembre. — État général légèrement amélioré. La fièvre tombe à 38°. Mais l'état local est sensiblement aggravé, l'œdème du prépuce augmente, et il s'y joint une extension assez considérable de l'œdème et de la rougeur vers les régions inguinales et hypogastriques.

Le traitement local est modifié, le pansement au sublimé est remplacé par des compresses d'eau bouillie. La suppuration de la balanoposthite augmentant dans de notables proportions, on procède à des lavages entre le gland et le prépuce, avec une solution de nitrate d'argent à $\frac{2}{100}$.

Lundi matin 9 décembre. — Le malade à passé une mauvaise nuit. Insomnie, agitation, douleur. Fièvre 39°5, 130 pulsations.

Aggravation considérable de l'état local : 1° Enorme œdème de la verge portant deux plaques de sphacèle de la largeur d'une pièce de 5 francs sur les parties latérales.

2° Augmentation et extension de la rougeur et de l'œdème des régions inguinales et hypogastriques, surtout du côté gauche.

Traitement : Trois incisions, une médiane et deux latérales sur la région hypogastrique ; il en sort une sérosité louche légèrement teintée de sang ; trois incisions sont pratiquées sur la verge, une médiane et deux latérales, découvrant complètement le gland baigné d'un pus jaune verdâtre abondant. Application de compresses d'eau bouillie, vaporisation d'eau phéniquée faible.

Dès le lundi soir, amélioration générale et locale. La rougeur et l'œdème du fourreau, du scrotum, et des régions voisines, a diminué considérablement.

Un abcès à distance tend à se collecter dans la région trochantérienne gauche.

La peau sphacélée du scrotum tend à se détacher. Temp. 39°. Pouls 120.

Mardi matin. — Température, 38,5. Pouls 110. Amélioration locale notable. La plaie se recouvre d'un enduit pultac jaunâtre assez adhérent.

L'état général s'améliore, l'auscultation de la poitrine y décèle encore la présence de nombreux râles sous-crépitants, mais toute menace de broncho-pneumonie paraît écartée.

Mercredi. — Température 39, pouls 110. Amélioration de l'état général et local. L'œdème et les rougeurs persistent sur le flanc droit et au niveau de la région trochantérienne, où l'on perçoit nettement une fluctuation profonde. Ouverture de l'abcès trochantérien laissant échapper deux ou trois cuillerées de pus phlegmoneux. Le sillon d'élimination de l'escharre se dessine de plus en plus.

Jeudi matin. — Amélioration continue, pas de suppuration des plaies qui ont un aspect grisâtre. L'œdème a considérablement diminué. Le malade ne souffre pas.

Chute brusque de la température à 36°8.

Samedi. — Pouls 88, température 38,7 ; nouvel abcès trochantérien dans le voisinage du précédent, nouvelle ouverture de cet abcès au bistouri. On constate, sur la face et le cou, de larges taches confluentes d'une éruption érythémateuse nullement prurigineuse.

Le malade déclare être sujet à des manifestations cutanées à peu près analogues, à chaque changement de saison.

Cette éruption, que l'on croit liée tout d'abord à un pronostic fâcheux, ne persiste pas. Dès le lendemain elle pâlit, et il n'en reste plus trace deux jours après.

Dimanche. — Chute de la partie sphacélée des bourses ; les testicules, nullement entamés, sont mis à nu.

Lundi matin et jours suivants. — Amélioration continue et progressive ; la fièvre tombe progressivement ; le malade reprend de l'appétit et dort bien. Sa miction s'effectue, et s'est toujours effectuée sans la moindre gène ; les urines sont restées normales. Aucune infiltration secondaire ne se produit ; le canal reste sain.

La bronchite du malade disparaît sans laisser de traces.

Enfin l'on assiste, de jour en jour, aux progrès rapides de la réparation des bourses.

Une enveloppe de tissu cicatriciel vient bientôt constituer au malade un véritable suspensoir naturel, sans laxité ni élasticité, il est vrai, mais n'entravant néanmoins, en aucune façon, les fonctions physiologiques des organes géniteux, et n'occasionnant aucune gène ni douleur.

Le malade sort complètement guéri du service le 6 mars 1896.

Examen bactériologique. — 1° Pus extérieur.

Il a été facile de recueillir du liquide de sphacèle sur la région première envahie, c'est-à-dire sur la région antérieure des bourses. En effet la résistance de la peau était réduite à celle de l'épiderme, et, immédiatement au-dessous, se trouvait du putrilage baigné d'un pus violet rose.

Plusieurs pipettes furent prélevées, les unes destinées à l'ensemencement, les autres à l'inoculation directe.

L'examen microscopique extemporané révéla la présence innombrable et quasi pure d'un micro-organisme en chaînette, sur la nature duquel on ne pouvait se prononcer immédiatement ; car ces éléments se présentaient, les uns comme des cocci, c'étaient les plus rares, les autres, au contraire, comme de véritables bacilles trapus, légèrement étranglés à leur milieu. Il fallait donc éclairer par la culture et les inoculations, si l'on avait affaire à un strepto-bacille, ou à un streptocoque en période de multiplication, et de multiplication si intense, que presque tous ses grains se trouvaient à demi-dédoublés, donnant à ces éléments non plus la forme d'un cocci mais celle d'un sablier.

La culture fut pratiquée en bouillon, en gelose peptonisée simple, et en gelose glycérinée.

Dès le lendemain, les cultures en bouillon et gelose peptonisée simple se montrèrent couvertes de colonies très diverses, presque toutes d'odeur nauséabonde. On y voyait, au microscope, des coccis et de gros bacilles mobiles, aucun élément ne rappelant la figure microbienne donnée par l'examen extemporané. Au contraire, sur la gelose glycérinée, le liquide ensemencé en stries parallèles, donna lieu à des cultures ininterrompues, stries blanches (blanc grisâtre), très étroites, formant une pellicule très mince, légèrement humide, que l'examen extemporainé démontra immédiatement être du streptocoque pur.

Les cultures purifiées de ce microorganisme le redonnèrent avec sa forme normale de cocci en chaînettes flexueuses.

Pendant ce temps, l'inoculation avait été pratiquée sur un lapin (inoculation intra-veineuse, veine marginale de l'oreille.)

Le lapin mourut de septicémie à streptocoque.

Les inoculations, pratiquées avec la série des cultures, montrèrent la rapide atténuation en culture d'un streptocoque primitivement très virulent.

Etant donné que le malade présentait dans le sillon balano-préputial un écoulement purulent assez intense pour pouvoir être recueilli à l'état de gouttes, il était, à priori, difficile d'admettre que cette balano-posthite fût pour quelque chose dans l'origine d'une plaque de sphacèle, distante de 20 centimètres, au début, de l'extrémité de la verge. Cependant, comme cette coïncidence d'une balano-phosthite avait été déjà observée plusieurs fois, il devenait indispensable de savoir si cette cause pouvait être incriminée ici. L'ensemencement des gouttes de ce pus fut donc pratiquée. Il révéla des multitudes de petites colonies en gouttelettes hémisphériques, très saillantes, d'un rouge jaune très accentué, qui, à l'examen microscopique, se trouvèrent entièrement constituées par un fin bacille mobile.

Dans ces conditions, étant donnée l'origine streptococcique de la plaque de sphacèle, il devient naturellement impossible de faire remonter le sphacèle à la balano-posthite en raison de l'absolue dissemblance des germes causals.

L'examen bactériologique des urines a été négatif.

OBSERVATION II

Gangrène partielle du prépuce et de la gaîne de la verge, à streptocoques.

Communication faite à l'académie médico-physique de Florence, le soir du 11 juin 1894, par le docteur *G. Volterra*, 1er assistant de la clinique dermato-syphilopathique dirigée par le prof. C. Pellizzari.

U..., 23 ans, né à Florence, célibataire, charretier, entre le 23 mars à l'hôpital Sainte-Marie avec le diagnostic d'œdème inflammatoire du pénis, et fut désigné par la suite pour être reçu à la clinique dermato-syphilitique.

Antécéd. hérédit. Le père du malade paraît être mort de tuber-

culose à l'âge de 63 ans ; la mère, bien portante, vit encore ; elle eut douze grossesses qu'elle ne mena pas toutes à terme. Le malade lui-même fut toujours très sain, il vécut bien, relativement à sa position sociale : il n'est pas buveur, n'a pas abusé des femmes et n'eut jamais, à ce qu'il paraît, aucune maladie vénérienne, bien qu'il fît son service militaire. Le malade raconte que le soir du 20 mars, se trouvant avec une jeune fille qu'il aimait, mais avec laquelle il n'avait pas eu encore de rapports sexuels, il voulut tenter le coït qui ne put s'accomplir régulièrement à cause de la vive résistance qu'opposa la jeune fi le. Il est pourtant fort probable que, dans ces conditions, l'érection eut une durée très longue, et qu'à la suite des tentatives faites par le malade, le prépuce a pu se lacérer en un point quelconque.

Cependant s'il y a eu lacération, celle-ci a dû être insignifiante. Le lendemain matin U... avait de la fièvre. A la fièvre, qui débuta par un petit frisson et de la céphalée, se joignirent bientôt de la douleur et de l'œdème de la verge. Le malade, peu soucieux de sa santé, se leva et sortit ; mais son état ne lui permettant pas la marche, il dut s'aliter. L'état général et local s'aggravant, le 22 au matin, il se fit conduire à l'hôpital où je pus constater l'état suivant :

Examen objectif. — Individu paraissant d'une bonne constitution physique ; solide, et bien nourri ; squelette régulier ; masse musculaire bien développée. Il est étendu dans le décubitus dorsal ; a le faciès d'un malade souffrant gravement et une teinte terreuse ; les yeux, presque hébétés, se dirigent soucieux vers celui qui s'approche de lui.

Il se plaint constamment ; il témoigne de la peur quand on lui touche les organes génitaux sur lesquels il attire toujours l'attention ; il ne présente, d'ailleurs, aucun autre symptôme qui puisse faire croire à la maladie d'une autre région. L'examen clinique des viscères thoraciques et abdominaux est négatif.

Au niveau des organes génitaux, on constate que le prépuce est œdématié, rouge, douloureux au plus haut point, comme cela se voit dans les affections inflammatoires les plus aiguës. A cause de la douleur si vive, on arrive mal à déterminer l'état des lymphatiques du dos de la verge ; au toucher, on a la sensation d'une forte chaleur. Le prépuce œdématié et présentant en un endroit une très légère excoriation, laisse à peine à découvert l'orifice uréthral, de sorte que la miction est difficile

et douloureuse pour le malade ; il est impossible de découvrir le gland, mais du prépuce il ne sort aucune sécrétion. La tuméfaction s'étend sur tout le tégument de la verge qui pend par son propre poids. La température, au moment de l'entrée à l'hôpital, est de 38° 7.

On fait un premier pansement, chaud et humide, avec une solution très étendue d'acide phénique. Le même jour, à quelques heures d'intervalle, on remarque au niveau du prépuce, là où il existait une légère excoriation, et une coloration d'un rouge plus terne, on remarque, dis-je, qu'il se délimite une tache cyanotique, et qu'au centre même de cette tache, il existe un point, du diamètre d'une pièce de 2 centimes, et d'une coloration noirâtre. A ce niveau, l'épiderme se soulève et forme presque une phlyctène. Cette plaque, ayant le caractère le plus évident de la gangrène, et s'étendant d'heure en heure, nous nous déterminons à procéder à une simple incision dorsale pour nous rendre ainsi compte qu'il n'existe rien de grave au-dessous. Une fois le sac préputial ouvert, on ne trouve au-dessous aucune lésion qui fasse penser à l'ulcère vénérien ordinaire, ou au syphilome initial. Il n'y a pas de processus de balano-posthite, enfin, rien qui explique une marche aussi grave, un état aussi inquiétant. La température, qui, après le premier pansement, s'était abaissée, remonte le soir à 39°7.

22 mars. — Le malade a eu le délire toute la nuit. Le matin la température est toujours très élevée, la tache gangréneuse s'est élargie et s'étend surtout sur le dos de la verge. Suivant le conseil du directeur de la clinique, on résèque complètement le prépuce envahi totalement par la gangrène. On pratique l'incision au niveau d'un point très haut situé, c'est-à-dire un peu au-dessous du point correspondant au sillon balano-préputial, dans l'espoir de rencontrer des tissus susceptibles de vivre. Par contre, après l'extirpation du prépuce qui paraît énormément augmenté de volume, sphacélé sur la ligne de section, et d'où il sort un liquide séro-purulent peu épais, on voit malheureusement que le processus gangréneux se propage au tissu conjonctif sous-cutané, le long de la partie dorsale de la verge.

23 mars. — La fièvre est tombée, après la circoncision, pendant quelques heures. Pansements antiseptiques.

Les jours suivants, la fièvre a reparu ; sur la peau recouvrant la verge, on constate une tache du diamètre d'une pièce de dix cen-

times, qui, de la limite de l'incision, remonte sur le côté dorsal ; elle est froide, cyanotique et elle a les mêmes caractères que les lésions que nous vîmes sur le prépuce.

Je cherche alors à enlever les fragments du tissu déjà gangrené, redoublant de précautions antiseptiques locales ; en effet, les jours suivants, la nouvelle plaque gangréneuse se limite et se déterge spontanément. La fièvre tombe pour ne plus reparaître ; le malade reprend son bien-être.

Après quelques jours, la plaie a pris un aspect rosé et bourgeonnant, mais, la cicatrisation ayant de la peine à se faire à cause de l'immense perte de substance des couches épithéliales, on tente de faire quelques greffes cutanées. Celles-ci sont faites, le 8 avril, avec de petits fragments de la peau de la cuisse, après avoir fait des lavages locaux antiseptiques. Deux greffes prennent bien, et paraissent solliciter le processus de cicatrisation. A ce moment, le malade quitte volontairement la clinique.

En tenant compte de la marche si grave du processus morbide, et étant donné qu'il était impossible de déceler aucune cause locale qui puisse la justifier, le professeur de la clinique pensa qu'il devait s'agir d'une infection à streptocoques, et m'engagea à donner la démonstration scientifique de son diagnostic et à procéder en même temps aux recherches cliniques qui pourraient nous éclairer, s'il y avait par hasard chez notre malade une de ces conditions constitutionnelles qui prédisposent à de pareilles infections.

Mon attention fut portée d'abord sur l'examen des urines qui, seul, aurait pu me déceler l'existence probable d'une albuminurie ou d'un diabète.

Les recherches faites à différentes reprises avec des réactifs variés, mirent en évidence quelques légères traces d'albumine, mais, cela seulement au moment où la maladie atteignait sa plus grande intensité ; les examens suivants furent négatifs. J'ai dû, par conséquent, admettre que cette albuminurie, transitoire, et de courte durée, tenait plutôt à la violence de l'infection en cours, qu'à une maladie rénale préexistante. Les recherches méthodiques entreprises dans le but de découvrir une glucosurie, même intermittente, ne donnèrent aucun résultat par aucune des méthodes de recherches habituelles.

D'autre part, l'examen soigné du malade ne nous a révélé aucune altération viscérale. Il était difficile, d'ailleurs, qu'il en fût autrement, puisqu'il s'agissait d'un homme de 23 ans, fort solide,

qui n'avait jamais souffert d'aucune infection aiguë, et qui n'avait aucune tare héréditaire. Il fallait, par conséquent, conclure que si le processus inflammatoire tenait, comme le supposait le clinicien, au streptocoque, on devait attribuer à l'excessive virulence de ce dernier les terribles effets qu'on a constatés, ce qui rendait la démonstration encore plus impérieuse.

Recherches bactériologiques. — Le plan que j'ai suivi dans mes recherches fut le suivant : au lieu de me contenter de démontrer la présence du streptocoque dans la sécrétion et dans le sang étalés sur des lamelles couvre-objet et soumis ensuite aux méthodes ordinaires de coloration, j'ai préféré, ayant à ma disposition des tissus enlevés par la circoncision, donner la démonstration de ce micro-organisme dans les coupes, tenter de le cultiver et démontrer expérimentalement son entité bactériologique et sa virulence.

Les recherches sur les tissus furent faites avec des petits morceaux de prépuce, choisis au niveau du point de la formation de la phlyctène, et durcis dans l'alcool. Ces coupes furent pratiquées aussi fines que possible avec le microtome par les méthodes de Weigert, Lœffler et Gram.

Je vous présente les mieux réussies, exécutées par la méthode de Weigert, et par lesquelles vous pouvez vous assurer de la forme, du volume, et de la disposition des micro-organismes qui répondent aux caractères du streptocoque.

Cultures. — Avec du sang qui sortait de la surface de coupe de la circoncision, ainsi qu'avec le tissu sphacélé mis à nu, je pratique, à l'aide d'un tube de platine, quatre ensemencements sur gélatine, deux avec le sang et par transfixion, et les deux autres avec la surface sphacélée, l'un par transfixion, l'autre en stries.

Les tubes, laissés à la température ambiante jusqu'au 31 mars, paraissent rester stériles ; mais le lendemain, 1er avril, on voit sur les deux tubes ensemencés avec le sang, et dans celui ensemencé avec le liquide pris au niveau du sphacèle, plusieurs petits points blancs sphériques qui, séparés et distincts entre eux, croissent très lentement les jours suivants et conservent à peu près le même aspect. La gélatine ne présente pas la moindre trace de liquéfaction.

Dans le quatrième tube, c'est-à-dire celui ensemencé par stries, on observe le même fait. Plusieurs petites colonies se présentent comme de petits grains punctiformes, très distincts, et séparés entre eux le long du sillon tracé par l'aiguille de platine.

Les cultures s'étant développées sur tous les tubes et avec la même apparence, je m'assure par l'examen direct qu'elles contiennent toutes le même micro-organisme. En voyant en effet que, de toutes les cultures, j'obtenais les mêmes formes caractéristiques, et en chaînettes du streptocoque, avec un des tubes ensemencés par le sang, je fais deux prises pour ensemencer deux nouveaux tubes sur gélatine, deux autres sur agar glycériné, pour mieux étudier les caractères des cultures, et enfin un quatrième sur bouillon pour avoir des matériaux plus propres à l'expérimentation sur les animaux. Les deux tubes d'agar glycériné mis à l'étuve à 32°-35° montrent, le 5 avril, un développement considérable de colonies semblables, mais plus évidentes que celles obtenues directement sur gélatine la première fois.

Les deux tubes de gélatine présentent aussi des colonies très visibles mais moins confluentes et moins rassemblées que celles faites sur l'agar glycériné. Le développement est plus confluent et plus rapide. Les préparations microscopiques faites soit avec les premières cultures, soit avec les deuxièmes, montrent une quantité innombrable de micro-organismes ayant les caractères suivants : Forme nettement sphérique, petit volume, disposition en chaînette de 20-30 cocci, se colorant par les différentes méthodes mais de préférence par la méthode d'Ehrlich.

Ayant soumis quelques lamelles à la méthode de Gram. ces microorganismes ont gardé leur coloration violette, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte par la préparation que je vous présente. Ces caractères établissaient déjà que ces micro-organismes cultivés avec le sang et la sécrétion prise au niveau du prépuce extirpé à notre malade étaient bien du streptocoque.

Inoculation à un cobaye. — Pensant cependant avoir une autre preuve expérimentale du pouvoir pathogénique des micro-organismes que j'ai cultivés, je fais le 6 avril, avec le bouillon ensemencé le 3, une injection hypodermique de 2 cc, avec la seringue de Turtini, à la partie interne de l'oreille gauche d'un cobaye.

La température rectale prise le soir de l'injection atteignait 38°8.

7 avril.— La temp. était montée à 39°2. L'animal reste tranquille est ne mange pas ; il essaie de fuir, si on veut le prendre et l'examiner.

L'oreille infectée est rouge et beaucoup plus chaude que l'autre.

8 avril — Etat local aggravé. Temp. 39°.

9 avril. — L'oreille est œdématiée. La transparence a disparu

en un point et on peut même remarquer un petit nodule gros comme un pois chiche et ayant le caractère d'un petit abcès.

Avec une lancette bien désinfectée et stérilisée à la flamme, on pratique une petite incision au point correspondant à l'abcès, il en sort un fragment de tissu conjonctif nécrosé avec un peu de sang.

Au moyen de l'anse de platine et avec le sang et le fragment nécrosé, je prépare des lamelles colorées par le liquide d'Ehrlich, décolorées par celui de Gram, en colorant le fond à la vésuvine. Sur toutes on y trouve le streptocoque.

9 avril. — Par l'ouverture du petit abcès auriculaire, je prends avec une aiguille de platine un peu de pus et je fais deux transpositions sur gélatine que je laisse à la température ambiante.

18. — Ayant eu quelques colonies peu confluentes, sur une d'elles, je fais une prise en ensemençant deux tubes d'agar glycériné que je mets à l'étuve à 39° et 35°. Depuis hier déjà, dans ces tubes d'agar glycériné il y avait trace de production de quelques colonies. Aujourd'hui en mettant les tubes à jour, on voit nettement une traînée blanchâtre avec tous les caractères ordinaires et déjà indiqués. Les examens microscopiques faits directement sur ces colonies et par le tube de gélatine et de bouillon ensemencé avec elles démontrèrent la présence de mêmes cocci en chaînettes.

Réflexions. — Dans notre cas, la marche clinique suffisait à elle seule pour mettre hors de discussion toutes ces formes de gangrène, qu'on veut considérer comme dépendantes d'une altération trophique.

En face de formes gangréneuses qui représentent au plus haut point le degré de l'inflammation aiguë et qui sont dues aussi bien à la multiplication rapide des micro-organismes et à leur accumulation dans le résau lymphatique, qu'à l'action de leurs produits toxiques ; en face de ces formes, dis-je, une question importante est toujours à l'étude, c'est-à-dire, d'une part, l'élément virulent et, d'autre part, le peu de résistance de l'organisme qui le reçoit.

Notre cas me paraît, pour cette discussion, très intéressant, car chez notre malade il était impossible de retrouver les causes qui prédisposent à cette virulence. Il s'agissait en effet d'un jeune homme de 23 ans, artériosclérosé, comme les vieillards.

Il n'y avait aucune lésion du cœur, pas de trace de tubercu-

lose ou d'autres maladies viscérales. Il n'avait souffert d'aucune affection aiguë qui ait pu le débiliter, comme cela se voit chez les enfants à la suite de la rougeole, de la diphtérie, il n'était pas diabétique, ni albuminurique, ni alcoolique, enfin, on constatait une absence absolue de tare héréditaire et de tout autre phénomène qui puisse expliquer une vulnérabilité du système nerveux et une diminution des phénomènes de nutrition du système cutané.

Tout nous force donc à donner une très grande importance au seul agent provocateur qui a pu pénétrer dans le prépuce de notre malade, sans qu'il y ait eu pour cela une lésion traumatique importante et qui devait être doué d'une virulence peu ordinaire.

Nous ne nous souciâmes pas de visiter la femme d'où le germe a pu venir et la raison se conçoit parfaitement. Cependant comme le faisait remarquer le directeur de la clinique, il est fort probable qu'elle ne présentait aucune de ces formes morbides que nous sommes habitués à considérer comme vénériennes et contre lesquelles les hygiénistes et législateurs prirent des mesures phrophylactiques spéciales.

Nous voyons tous les jours, dit M. Pellizzari, des malades qui gagnent la tuberculose dans les rapports sexuels, et nous sommes incapables d'évaluer toutes les autres affections qui peuvent se transmettre par cette voie. Dans notre cas, une simple modalité éruptive, pustuleuse, phlycténulaire, furonculeuse, pouvait très bien contenir ce streptocoque qui, cependant, a pu produire des effets beaucoup plus graves qu'une simple ulcération vénérienne.

OBSERVATION III

(de Bonnières de la Luzellerie. Th. Lille 1887)

Le nommé Legrand Léon, âgé de 55 ans, né à Halluin, gardien de la paix retraité, entré le 5 août 1885, salle des vénériens, lit n° 15, clinique de M. le professeur Leloir.

Antécédents héréditaires. — Père, mort des suites d'une bronchite qu'il contracta dans un travail qu'il fit,exposé au froid. Nous

ne trouvons chez lui aucun antécédent rhumatismal, ni cutané, ni syphylitique.

La mère âgée de 85 ans, vit encore, mais est affectée de rhumatismes.

Notre malade n'a qu'un frère vigoureux et bien portant.

Antécédents personnels. — Variole légère à l'âge de 7 ans. En 1853, il partit faire son service militaire, et, étant en garnison à Toulouse, il eut des chancres dont il ne peut nous préciser le nombre autour du gland. Selon son expression, ils lui faisaient une couronne autour de cet organe. Ils furent suivis d'une adenopathie bi-inguinale assez douloureuse. Il n'eut ni maux de tête, ni maux de gorge, pas de roséole, en un mot aucune manifestation syphilitique. Il fut soigné à l'hôpital militaire de Toulouse, où il séjourna 50 jours, et où on lui fit prendre de la tisane de chiendent et une eau qu'il nous a dit être une liqueur arsénicale. Mais aucun traitement spécifique ne lui fut donné.

En 1854, il part en Crimée. Malgré le froid intense qu'il ressentit, il n'éprouva aucune manifestation rhumatismale.

Ce ne fut qu'en 1864, qu'étant employé du chemin de fer, il commença à avoir des douleurs rhumatismales, du lombago, et des angines fréquentes. A Besançon, à peu près à la même époque, il contracta une blennhorragie qu'il ne traita pas et qui se trouva transformée en blennorrhée. Il se marie en 1866 et quitte sa femme légitime en 1879. Durant cet espace de temps il n'eut absolument rien.

En 1880, il fut courrier : il eut à cette époque des relations avec une femme, et les chancres mous qu'il avait eus recommencèrent. Il les traita lui-même avec de la tisane de chiendent et une pommade dont il ne put nous préciser la nature. Chaque fois qu'il coïtait, cependant, ces soi-disant chancres se rouvraient et il les traitait de la même manière.

Nous ne trouvons pas chez lui d'antécédents syphilitiques. Mais l'alcoolisme avec son cortège : inappétence, pituite le matin, se montre chez notre malade.

Il y a un mois il eut des rapports avec une blanchisseuse d'Halluin. Le coït se répéta trois ou quatre fois en une heure, sans qu'il y eut éjaculation, et notre malade eut le lendemain des douleurs en urinant. La verge était douloureuse ; en 24 heures, elle devint le siège d'un œdème assez considérable. La peau en était rouge et le décalottage impossible. Il y a 12 jours c'est-à-dire le

lundi 27 juillet, ne pouvant plus marcher, il envoya chercher M. Pierchon, d'Halluin.

Celui-ci donna des boissons dépuratives, et, localement, de l'eau blanche le premier jour, le lendemain du vin aromatique. Aussitôt après l'application de l'eau blanche, le malade ne sentit ni douleurs ni précotements, mais il vit apparaître à la partie médiane et dorsale de la verge une petite phlyctène, probablement phlyctène de lymphangite, grande comme une pièce de 0,20 centimes, qui s'est crevée, a envahi en deux ou trois heures la verge, et, en 24 heures tout le scrotum.

Le malade eut alors un frisson qui dura une ou deux heures. Ses traits se tirèrent, et une fièvre très vive s'alluma ; il n'eut pas de vomissements, mais l'appétit cessa. La bouche était amère et l'haleine fétide. Une soif ardente survint, et n'était pas satisfaite par le malade qui craignait les douleurs de la miction. Pas de diarrhée. M. Pierchon ne donna aucun traitement, ni local, ni interne. Le malade ne se donna aucun soin de propreté et resta seul plutôt que de faire appeler quelqu'un près de lui pour le soigner et d'avouer ce qu'il avait. Il reste dans cet état depuis le 29 juillet, et l'administration aidant, il arrive dans nos salles.

Etat actuel. — Homme de bonne constitution, charpenté en athlète, mais beaucoup amaigri depuis sa maladie.

Nous le trouvons avec une teinte subictérique. Le faciès est plombé, son regard est anxieux, frappé de stupeur, il respire difficilement.

En le découvrant, nous voyons des asticots se promener sur la verge et le scrotum. Le scrotum est augmenté de volume de façon considérable, il est gros comme une tête d'enfant de 5 ans. Toute la peau du scrotum présente une teinte d'un noir olivâtre, ici et là cependant, surtout à la périphérie, cette peau présente une teinte blanche, d'un blanc jaunâtre. Cet aspect blanc existe à la partie supérieure du scrotum sur une étendue de 2 ou 3 travers de doigts à gauche et à droite. Anesthésie absolue au niveau de ces parties blanches et de ces parties noires. On peut enfoncer une épingle de plusieurs millimètres sans que le malade sente rien. Il y a sphacèle complet du derme.

Au-dessus de ces parties blanches, dans les régions des cordons jusqu'aux plis inguinaux, la peau présente une teinte rouge violacée, comme dans certains érysipèles. La sensibilité existe encore à ce niveau.

A la surface du scrotum, dans les parties noires, l'épiderme se détache, et laisse apparaître un corps de Malpighi brun, rougeâtre, sous-jacent à la peau.

La verge est augmentée de volume d'une façon considérable, elle est de la grosseur d'une forte andouille ; toute la peau de la verge, jusqu'à deux travers de doigts de sa racine, est sphacélée. Elle présente une teinte noire, parsemée çà et là de taches d'un blanc jaunâtre, de sorte que cette verge rappelle par sa coloration une grosse banane mûre et noire.

Insensibilité absolue de la peau ; fait important : la peau de l'extrémité du prépuce, autour de l'orifice, n'est pas sphacélée sur une étendue de 3 à 4 centim. de long et 2 centim. de large environ, du côté dorsal de la verge.

A ce niveau, la sensibilité est conservée, quoique un peu diminuée, la piqûre fait saigner le derme.

Cette verge et ces bourses, ainsi sphacélées, rappellent absolument celles du malade atteint de gangrène foudroyante vu par M. Leloir à l'hôpital Saint-Louis en 1883.

Mais, en outre de ces lésions sphacéliques de la verge et des bourses, on constate sur la région pubienne, le ventre, jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et s'étalant ensuite pour recouvrir tout le flanc droit, le pli inguinal droit, le 1/4 supérieur de la cuisse droite, et la région lombaire droite, un aspect particulier de la peau, qui présente une teinte intermédiaire entre celle du roux et des cuivres rouges à reflets bronzés. Au niveau de cette teinte, le derme et l'hypoderme sont épaissis en nappe comme dans l'érysipèle. Les bords de cette plaque ne présentent pas à proprement parler de bourrelet bien saillant, c'est plutôt un épaississement graduel de la peau, connu dans certaines lymphangites en nappe.

Toute cette surface cutanée altérée, qui présente tous les caractères de l'érysipèle bronzé est douloureuse.

En résumé, ces lésions présentent tous les caractères de ce que l'on a décrit sous le nom « gangrène foudroyante de la verge et du scrotum ».

Elles sont accompagnées d'un érysipèle bronzé des parois abdominales, des cuisses, etc., etc. Ce fait vient bien à l'appui de ce que M. Leloir avait remarqué à St-Louis en 1883, c'est-à-dire que ces gangrènes de la verge et du scrotum ne

sont autre chose que des lymphangites gangréneuses spéciales, présentant un aspect particulier par suite de leur siège.

État général. — Prostration, teinte subictérique, faciès plombé, langue rôtie de perroquet, comme dans la dothienentérie, soif ardente continue.

Poumons. — Dyspnée, respiration brève, haletante, quelques râles sous-crépitants disséminés respiration soufflante à la base gauche.

Cœur. — Bruits sourds, irréguliers.

Vaisseaux. — Pouls petit, irrégulier.

Traitement. — Lavages abondants au coaltar saponiné à son arrivée, potion à l'extrait mou de quinquina.

Température vespérale, 39 o/5, pouls 96.

6 août, température matinale, 38°, pouls 104.

Le malade se plaint de constipation, on lui donne deux lavements glycérinés et phéniqués.

M. Leloir donne comme traitement externe : bains d'une heure légèrement phéniqués, grands cataplasmes glycérinés et phéniqués sur la verge et sur la traînée bronzée. Applications sur ces parties d'une pommade : vaseline, 30 parties; acide salicylique, 1 partie.

Interne : à 4 heures, 0,75 cent. de sulfate de quinine ; potion à l'extrait mou de quinquina, 2 potions de Todd; le soir, une pilule d'opium à 0,05 cent., jus de viande, œuf, lait.

Température vespérale 39°, pouls 100.

7 août. Temp. matinale 38, pouls 96.

L'aspect rouge bronzé que présente la peau du ventre a pâli. La peau tend à prendre une teinte rose, il y a toujours un épaississement et un œdème inflammatoire de la peau.

Café 100 grammes. Bains d'une heure et demie, phéniqués.

Temp. vespérale 39°, pouls 100.

Les bourses et la verge ont pris une teinte beaucoup plus noire.

Le malade a eu une selle jaune-verdâtre très fétide.

Même traitement. Temp. vespérale 39°, pouls 120.

Temp. matinale 38°2, pouls 116.

8 août. — Tempér. matinale 38°4, pouls 96.

Le malade a eu hier soir des vomissements et se plaint d'obscurcissements de la vue.

L'érysipèle bronzé qui n'atteignait que le flanc droit remonte

en avant jusqu'au mamelon et l'aisselle ; la peau à ce niveau est épaissie.

Le malade a eu un nouveau frisson qui a duré quarante-cinq minutes hier au soir. La respiration est brève et difficile. A six heures du soir, le malade était à 136°, il a poussé des cris toute la nuit.

Temp. vespérale 38°8, pouls 120.

Le 10, temp. matinale 37°2, pouls 108.

Temp. vespérale 38°, pouls 112 à trois heures de l'après-midi.

Le malade est tout à fait inconscient de ce qui se passe autour de lui ; quelques cris lui échappent. La traînée d'érysipèle bronzée, tout en prenant une teinte rose, a gagné, à 5 centimètres de la cicatrice ombilicale, la ligne blanche et se limite aux fausses-côtes du même côté.

On observe, sur ce côté, deux phlyctènes jaunes, distantes d'un centimètre l'une de l'autre. Cette traînée a gagné le pubis et se localise dans le pli inguinal gauche. Le ventre est ballonné et dur. Temp. vespérale, 38,2, pouls, 120.

11 août. — Temp. matinale, 36,4, pouls, 116. Depuis le matin, le malade râle, les yeux sont ternes, les extrémités se refroidissent. Le malade meurt à 11 h. 1/2.

Autopsie. Sphacèle complet de tout le fourreau de la verge. Intégrité du corps caverneux. Sphacèle complet de toute la peau du scrotum et de l'hypoderme, qui est gorgé d'un liquide putride très abondant.

Testicules non sphacélés. L'érysipèle a envahi tout le côté du tronc jusqu'à l'aisselle. A la coupe, on constate de l'œdème gangréneux des parois thoraciques. Poumons ; congestion hypostatique des deux bases. Foie gras, un peu congestionné. Cœur dilaté et gras. Pas de lésion d'orifice. Rate saine. Reins sains. Cerveau sain.

OBSERVATION IV

Dr Villar (France médicale, 1884)

X..., Jean, 69 ans, chauffeur, vient à la consultation de l'hôpital Necker pour une ulcération du gland.

Rien à noter dans les antécédents de ce malade, si ce n'est que sa mère est morte de la poitrine à 52 ans.

Son père est mort de vieillesse ; il a deux frères bien portants. Pas de syphilis.

Au mois d'octobre 1886, le malade a des rapports prolongés avec une femme. Huit jours après il ressent des douleurs violentes au niveau du prépuce, qui est œdématié. Entre le prépuce et le gland, qui est un peu fendillé, le malade voit sortir du pus en assez grande quantité. Pendant deux ou trois jours, le malade éprouve du malaise et de la céphalalgie ; il a eu aussi de la fièvre. On lui prescrit des bains et des lotions avec l'eau blanche.

Il entre à l'hôpital huit jours après le début des premiers accidents, et l'on constate ce qui suit : sur la partie latérale droite du gland existe une immense plaque gangréneuse étendue de la couronne au méat, et recouverte, cela va sans dire, d'une pellicule noirâtre. On enlève cette pellicule avec des pinces, et l'on tombe sur une vaste ulcération remplie par une substance jaunâtre. Après avoir enlevé ces détritus, on se rend compte de la profondeur de l'ulcération et on voit plus nettement les bords qui sont détachés. Tuméfaction énorme du prépuce.

L'exploration des régions inguinales fait reconnaître la présence de ganglions assez volumineux, indolents du côté droit un peu douloureux à gauche. Ces ganglions sont durs et roulent bien sous les doigts ; il ne s'agit donc pas là d'une adénopathie aiguë.

L'inoculation du pus provenant de l'ulcération est restée négative ; ce signe n'a pas, il est vrai, de valeur réelle dans le cas particulier, car lorsque la gangrène s'établit dans une ulcération chancreuse, elle y éteint toute spécificité virulente.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le malade est un peu affaibli et présente un léger état fébrile.

Traitement : Repos et compresses d'eau blanche après avoir détergé l'ulcération.

La cicatrisation, d'abord lente, a marché rapidement au bout de quelques jours : le malade quitte l'hôpital le 17 novembre, 33 jours après le début des accidents ; il n'était pas encore complètement guéri.

OBSERVATION V

Dr Verchère (France médicale 1885).

Le nommé J. (Eugène), caissier, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital de la pitié, le 28 mai 1885, salle Michon, n° 18 (service de M. le professeur Verneuil). D'une bonne santé habituelle, il eut des rapports rapides et légèrement douloureux avec une femme, restée inconnue du reste, le 25 avril. Trois semaines après apparaissait, au niveau du prépuce qui, d'ordinaire, se laissait facilement repousser en arrière du gland, une tache rouge vif; le prépuce gonflé, œdématié, ne permettait plus d'apercevoir le gland. Néanmoins, en écartant fortement, on pouvait apercevoir des ulcérations à sa face profonde.

Cette rougeur inflammatoire, très légèrement douloureuse, devint bientôt le siège de douleurs très vives, et occupa tout le prépuce.

Les ganglions de l'aîne augmentèrent de volume et à la pression étaient très sensibles.

Lorsque le malade se présenta à l'hôpital, un nouveau phénomène était survenu. Vers la pointe du prépuce s'était montrée une plaque noire, qui s'était étendue progressivement, et en douze heures avait envahi tout le prolongement cutané. A l'entrée du malade, le prépuce tout entier, sauf au niveau du frein, dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, est transformé en une escharre noire, insensible. Dès le 1er juin on fait des pulvérisations de chloral, et on applique des compresses trempées dans la même solution à 2 %.

Le 29. — Quarante-huit heures après le début apparaissait, le matin, un sillon d'élimination, et le soir tout le prépuce était tombé, sauf dans la région du frein, où il restait un petit tablier rectangulaire large de 1 centimètre à peu près.

On continue les pansements au chloral et dix jours après la cicatrisation était parfaite. Le malade sortit circoncis spontanément.

OBSERVATION VI

Dr Verchère (France médicale, 1886)

J'étais appelé, le 11 janvier 1886, par M. Du Mesnil, de Vincennes, auprès d'un élève de l'école d'Alfort. C'était un jeune homme de 18 ans, blond, pâle, que M. Du Mesnil avait vu la première fois le 6 janvier. Quelques jours auparavant, dix jours à peu près, le malade avait vu une femme ; c'était ses débuts dans ce genre d'exercice. Les rapports avaient eu lieu en plein air, sur les bords de la Marne, par un froid intense, au milieu de la neige. Pendant les jours qui suivirent, aucun accident. Le jeune homme découvrait facilement son gland. Le 3 janvier, il s'aperçoit d'un écoulement se faisant entre le gland et le prépuce, accompagné d'une rougeur vive ; à ce moment apparaît une petite tache grisâtre à la surface moyenne du prépuce. Il se contente de faire quelques lavages à l'eau fraîche : la petite tache augmentait et « rongeait ». Dès le lendemain, le gland ne pouvait plus être découvert.

Le 6, au matin, M. Du Mesnil voit le malade et diagnostique une balano-posthite, sans avoir pu relever le prépuce. Le petit malade est abattu, fatigué, répond mal aux questions, au point que M. Du Mesnil nous dit que dès ce moment il ressemblait à un typhique au début. Pas de fièvre le matin, 38° le soir. Dans la nuit, uréthrorrhagie abondante. Caillot moulé au niveau du méat. Le soir même, 6 janvier, apparition d'une tache noire sur la peau du prépuce, qui, le lendemain, présentait les dimensions d'une pièce de deux francs. Le 10 janvier élimination du prépuce en totalité.

Je vois le malade le 11 au soir. Depuis le matin le gland est rongé. Une plaque de sphacèle de la grandeur d'une pièce de 1 franc existe au niveau du sillon glando-préputial, à gauche et semble repousser le gland à droite en couronnant le corps caverneux du côté gauche, qui fait saillie sous forme d'un mamelon arrondi, régulier. Toute la surface sphacélée est grisâtre, pultacée. Le prépuce est complètement tombé, et une collerette bourgeonnante indique son ancienne insertion. Au niveau du frein existe une longue languette encore saine, qui dépasse le gland de 3 centimètres environ.

En aucun point on ne trouve d'induration. Le fourreau de la verge est souple. Le gland très conique est irrégulier, décollé au niveau de la couronne et ne présente pas d'ulcération. Établissement de la pulvérisation phéniquée dès le soir même et lotions de chloral.

L'état général est mauvais. Grand abattement, malaise, faiblesse. Langue blanche, pouls rapide, grand découragement. Toniques, alimentation.

Dans les précédents du malade, on ne trouve pas d'impaludisme, dans ses urines ni sucre, ni albumine.

Dès le lendemain, les ulcérations étaient détergées, la gangrène se limitait, et huit jours après la cicatrisation était presque terminée. Les escharres inoculées n'ont donné aucun résultat.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le Dr Marcy, au Medic. News.-Philadelphie, 1884).

Le 27 juin 1884, je fus appelé auprès d'un enfant de 2 semaines. L'enfant avait joui d'une bonne santé depuis sa naissance. Quand je le vis il n'était pas dans un état alarmant, mais la mère me dit que depuis le matin il avait présenté des signes insolites.

Vers le milieu du jour il semblait ne pas être tout à fait à l'aise. Il devenait soudainement froid et bleu. J'ordonnai des bains chauds et des boissons chaudes.

Plus tard dans la journée, je revis l'enfant qui semblait présenter des troubles du côté des poumons. Son pouls était rapide, sa respiration accélérée, et je constatai une légère élévation de température.

Le jour suivant, l'enfant semblait mieux, sa température était normale, son pouls et sa respiration étaient beaucoup moins fréquents.

Le 1er juillet, trois jours après, on me pria d'examiner les organes génitaux de l'enfant que la mère avait dit être très très enflammés. Elle l'avait déjà remarqué deux jours auparavant, mais n'avait pas osé en parler. Le scrotum était gonflé de deux fois le volume normal, et rouge. La verge était aussi augmentée de volume, mais de couleur plus pâle. Il y avait un phimosis très prononcé, de sorte que le gland ne pouvait être découvert.

Il ne paraissait pas y avoir d'élévation de température des organes, malgré l'état inflammatoire de ces parties. Un interrogatoire soigné ne me permit pas de trouver aucune cause possible d'infection.

Des vaporisations et des lotions froides furent pratiquées nuit et jour, mais l'inflammation continua de progresser, jusqu'à ce que les bourses fussent du volume d'une vessie.

Après une consultation avec le Dr Alex. Murray, les parents consentirent à me laisser faire des ponctions. Aussitôt une grande quantité de liquide séreux sortit par les ouvertures pratiquées.

Le lendemain la verge avait considérablement diminué de volume. Le gonflement du scrotum était aussi moindre. Mais malheureusement, la peau en plusieurs endroits était noire et très molle et paraissait vouloir tomber. En effet, des cataplasmes ayant été appliqués, le jour suivant, la peau tomba de chaque côté du raphé sur une certaine étendue. Non seulement la peau, mais le tissu cellulaire lâche laissait à nu le dartos.

Le 7 juillet, quatre jours après, le dartos recommença à avoir une mauvaise apparence, et en vingt-quatre heures il s'enleva, laissant à nu les testicules, qui ne paraissaient pas augmentés de volume.

Il existait alors une large ulcération dont les bords étaient indurés, irréguliers et dépourvus de granulations. Cette apparence resta la même pendant quatre jours ; le cinquième jour des granulations évidentes apparurent sur les bords et se développèrent rapidement.

L'ulcération diminua graduellement et en quelques semaines elle avait disparu complètement. Le testicule gauche est tout à fait libre, tandis que l'autre a contracté des adhérences avec le scrotum.

Pendant la durée de cette maladie, l'état général de l'enfant a été bon. Il ne manifestait qu'un peu de douleur.

C'était bien, sans aucun doute, un de ces cas que l'on peut qualifier : œdème inflammatoire de la verge et du scrotum. Je ne puis en déterminer la cause facilement, vu le jeune âge du sujet. Les résultats de ce cas démontrent qu'il y a danger de retarder les incisions pour évacuer cette grande quantité de liquide qui distend énormément les bourses.

OBSERVATION VIII

M. Lemaire (Normandie médicale, 1887)

Alexandre M..., 20 ans, terrassier, grand et fort, n'a jamais eu qu'un rhumatisme articulaire peu grave en octobre 1884. Il est assez noceur, mais vit dans sa famille, et ne s'enivre pas habituellement comme la plupart de ses camarades.

Le 19 juillet 1886, c'était la fête du pays, il s'amuse, boit pas mal, danse une partie de la nuit et voit une femme en sortant du bal.

Il est ivre en ce moment et en une heure a deux coïts très laborieux. (La femme, examinée le 2 août, est saine).

Rien de particulier les jours suivants, il travaille jusqu'au 28. Ce jour-là il est obligé de quitter son travail au bout d'une couple d'heures, et de se coucher ; la verge, un peu gonflée depuis deux jours, le faisait beaucoup souffrir. Il se plaint toute la journée et toute la nuit. Je le vis le lendemain.

29 juillet. — Verge volumineuse, rougeâtre, phimosis habituel ne permettant jamais de découvrir le gland, orifice cependant assez large et laissant écouler un pus odorant; l'organe est très sensible et l'examen difficile, pas de douleur dans le canal pendant la miction ; pléiade ganglionnaire des deux côtés, injections fréquentes de Van Swieten rectifiée.

30 matin — N'a pas dormi, même état, mêmes soins.

Soir. — Souffre moins. La tension n'augmente pas. Je ne crois pas devoir inciser.

31. — A beaucoup souffert et s'est promené toute la nuit dans la chambre, ne pouvant garder le lit.

La tension n'est pas plus forte que les jours précédents, mais au milieu de la partie dorsale du prépuce existe une plaque bleuâtre, large comme l'ongle du pouce ; douleur excessive dans tout l'organe. J'incise le prépuce sur la ligne dorsale jusqu'à la rainure préputiale ; les douleurs cessent : quelques débris sphacélès s'enlèvent facilement : le gland est très sensible au toucher, peu volumineux, présentant les érosions très superficielles de la balano-posthite.

Le soir, la gangrène s'est étendue, atteignant la rainure préputiale et occupant un centimètre de chaque côté de l'incision. Application de la liqueur de Labarraque rectifiée.

1er aout matin. — Nuit assez bonne, pas de douleur, la gangrène s'étend à 15 millimètres au-dessous de la rainure et à 2 centimètres de chaque côté de l'incision.

Soir. — La gangrène parait stationnaire. La verge est toujours très gonflée. Elle présente, à 25 millim. de la rainure, 18 centim. de circonférence ; mais la tension n'est pas forte, et il n'y a pas grande douleur. Le malade est impatient, inquiet, et je prescris 4 pilules thébaïques de 25 milligr. en cas de besoin.

Il mangeait peu depuis qu'il souffrait, mais aujourd'hui l'alimentation a été plus substantielle. Vin de quinquina.

Le 2 au matin, a assez bien dormi. La gangrène n'a pas gagné du côté du fourreau mais une bande noire d'un centimètre entoure le gland à sa base. Soir. La marche paraît arrêtée. Un sillon entoure toutes les parties gangrenées, sauf le gland, mais la bande signalée le matin ne s'est pas étendue.

L'urine, examinée le matin, est rosée, colorée par un peu de sang et contient un peu d'albumine provenant sans doute de ce sang. Elle n'en contient pas les jours suivants, pas de glucose. Le cœur est normal et les artères ne sont pas athéromateuses.

3 matin. Nuit bonne ; presque toute l'escharre est détachée. Elle ne tient plus que par une surface d'environ deux centimètres carrés. Il y a eu cette nuit quelques gouttes de sang à trois ou quatre reprises. La surface à nu est de bonne nature. On continue à panser à l'eau de Labarraque.

4. — L'escharre est complètement détachée d'un centimètre carré. La plaie a belle apparence. Il ne reste du prépuce qu'une partie d'un centimètre de large sur 2 de haut tenant au filet. Le gland présente une ulcération peu profonde de cinq millimètres de large faisant le tour de la base jusqu'à la partie de prépuce existante. Se continuant avec elle, est une large ulcération de 25 millimètres comprenant toute l'épaisseur de la peau du fourreau, faisant le tour de la verge et laissant voir les corps caverneux.

Je voulais faire l'autoplastie, mais le malade repousse toute opération. La cicatrisation se fait rapidement, et le 16 août je cesse mes visites. Il est complètement guéri trois ou quatre jours après.

J'ai revu souvent ce garçon ; je l'ai interrogé de nouveau ; il n'a

jamais eu le moindre accident syphilitique. Il a repris le cours de ses exploits et se déclare très satisfait du résultat obtenu.

A la vérité, notre malade avait une balano-posthite que l'on pouvait incriminer, mais jamais nous n'avons constaté cette tension que l'on remarque fréquemment, et qui n'amène de gangrène que quand elle est exagérée. Il y a toujours ici une certaine mollesse, la sonde cannelée contournant facilement le gland. Il souffrait moins le 30 au soir et croyait passer une bonne nuit, quand, dans le courant de cette nuit, les douleurs sont devenues intolérables, et c'est le lendemain matin que le sphacèle a paru.

Aurait-on pu l'éviter en faisant le débridement plus tôt ? Mais la veille au soir, il y avait une amélioration notable qui nous fit renoncer à l'incision que nous comptions faire le soir même.

Nous ne pouvons donc voir dans la balano-posthite, sinon une coïncidence pure, du moins une cause occasionnelle.

Nous devons aussi éliminer toute espèce de chancre, malgré le phimosis qui nous cachait la rainure préputiale, car, après la chute de l'escharre, la plaie n'avait pas manqué de présenter immédiatement l'aspect caractéristique au lieu de se cicatriser rapidement.

OBSERVATION IX

Dr Troisfontaines (Annales de la Soc. méd. chir. de Liège, année 1888, XXVII, p. 193-197)

Le sujet qui fait l'objet de cette Observation est un jeune homme, garçon de bureau, maigre, mais de bonne santé, sans antécédents pathologiques intéressants, vivant dans des conditions hygiéniques satisfantes. Une seule fois, et plus de deux mois avant le début des accidents, il s'était livré au coït. Il se défend énergiquement d'être adonné aux pratiques solitaires et rien ne m'autorise à suspecter sa véracité.

Le 6 juin 1887, sans cause déterminante appréciable, ce jeune homme ressent, tout à coup vers midi, une sensation de piqûre à la face dorsale du pubis, un peu en arrière du gland et dans un espace assez limité. Il n'existe à ce moment aucune altération quelconque dans l'aspect de cette région, il ne s'y montre ni gonflement, ni la moindre rougeur non plus que sur le reste de la verge.

La sensation de picotement ne fait cependant que s'accentuer, parfois même se produisent de véritables élancements, et le lendemain il existe de l'œdème du fourreau pénien, s'irradiant à l'endroit douloureux.

Les jours suivants, le mal devient franchement lancinant, le gonflement œdémateux augmente énormément, il se fait par l'orifice préputial un écoulement assez considérable, à odeur fétide en même temps que se produisent des hémorrhagies abondantes, se répétant à plusieurs reprises dans le cours de cette journée et pendant la nuit suivante.

Le médecin qui donne en ce moment ses soins au malade croit, comme chacun l'eût fait sans doute, au développement d'une balano-posthite grave et prescrit un traitement approprié.

Appelé par lui-même à le remplacer le 10, je reconnais que le liquide hémorrhagique qui s'écoule constamment de dessous le prépuce, répand une odeur de gangrène très accentuée.

La verge a acquis, dans ses 2/3 antérieurs principalement, un volume fort considérable, elle présentait en effet plus de 19 cent. de circonférence.

La douleur était vive, les ganglions inguinaux fort tuméfiés, l'état général mauvais, la température atteignant 39°6. Au point où avait apparu la douleur, existait une tache blanche, d'un blanc bleuâtre, tout-à-fait froide et insensible ; la partie antérieure du fourreau pénien était œdématiée et légèrement bleuâtre sur sa face dorsale.

Je fendis immédiatement tout ce fourreau jusqu'au delà de la plaque gangrenée, et pour ne plus y revenir, j'ajoute que je fus bientôt conduit à prolonger cette incision jusqu'à la racine de l'organe.

Je constatais alors que la mortification avait envahi, dans une grande étendue, la couche cellulaire sous-cutanée, que le fascia pénis était lui-même détruit au point sous-jacent à la plaque de gangrène cutanée, mais dans une étendue double ou triple, et que, à ce niveau, le processus destructeur avait creusé dans le corps caverneux un véritable entonnoir, au centre duquel existaient plusieurs caillots sanguins.

Les débris mortifiés furent rapidement éliminés à coup de ciseaux, et la plaie fut lavée avec du liquide de Burow, seul liquide désinfectant dont je pus disposer. Le pansement se com-

posa de charpie trempée dans cette même solution et saupoudrée d'iodoforme.

A partir de ce moment les phénomènes généraux s'amendèrent rapidement, le mal se limita, les hémorrhagies ne se reproduisirent plus, l'inflammation du voisinage se dissipa et la réparation se fit sans encombre. Elle laissa à sa suite une cicatrice déprimée transversale, longue de 2 centim., large de 1 centim. fixant fortement le fourreau de la verge au sillon glandulaire et incurvant légèrement le pénis sur sa face supérieure.

Cette cicatrice n'entrave cependant pas les érections et ne dépare pas d'une façon sensible l'organe copulateur.

OBSERVATION X

Dr A. de Castro-Jobin (Progrès médical, 1885, p. 68).

Le nommé X..., ouvrier de la baie de Rio-de-Janeiro, entre à l'hôpital de la Miséricorde (service du profes. Laborde) le 18 janvier 1883. Agé de 20 ans, portugais, pas d'antécédents. Cet homme était porteur de deux bubons qu'on lui avait percés en ville et malgré la suppuration, il se livrait à son travail du port qui consistait à charger et à décharger des bateaux.

La veille de son entrée à l'hôpital, le 18 janvier 1883, après avoir beaucoup marché pour arriver chez lui le soir, il fut pris d'un grand frisson avec fièvres et de très fortes douleurs dans les testicules et dans la verge qui, dès le lendemain, étaient très enflés. Effrayé de son état et se sentant très malade, il se fit conduire à l'hôpital. En l'examinant le matin, on constata un œdème énorme des bourses, la verge étant en massue, en vrai battant de cloche, impossible de découvrir le gland pour savoir ce qu'il y avait en dessous, phimosis complet. — Etat général des plus graves ; langue très sèche, cassée, rapeuse, collante, soif ardente, yeux enfoncés dans l'orbite, grande agitation. Temp. 40°8, dyspnée. Impossible de toucher les testicules ou la verge.

Le scrotum présente deux points livides un peu noirs que le professeur Laborde fait observer aux élèves.

19 janvier. — Le malade a passé une très mauvaise nuit ; il a eu le délire. Temp. : 40°5.

Presque tout le scrotum est envahi par la gangrène.

Le professeur Laborde fait deux larges incisions de 4 centim. environ sur 3 de profondeur, de chaque côté du scrotum, et une troisième, aussi très large, à la partie antérieure.

Il fait ensuite recouvrir le tout avec de la poudre de quinquina et du charbon.

Le 20, la température est encore de 38°8.

22. — Le malade se plaint encore beaucoup de douleurs dans les testicules. Les parties mortifiées commencent à tomber avec une odeur infecte. Le gonflement de la verge n'a pas beaucoup diminué. L'état général est encore mauvais. Temp. : 38°5.

Du 22 au 24, la température oscille entre 38° et 39°, et le scrotum continue à tomber, l'élimination est presque générale. Il se forme des abcès au périné et un autre sous le prépuce.

L'état général n'est pas encore satisfaisant. Le malade, qui était très gros et très fort, présente l'aspect d'un squelette.

26 janvier. — Chute complète du scrotum, il ne reste au malade comme bourses qu'un petit bourrelet d'à peu près 3 centimètres de circonférence. Les testicules sont complètement à découvert et très volumineux.

Le prépuce recouvre encore le gland et présente quatre perforations. Temp. 37°. Pansements de Lister.

Depuis, le malade va de mieux en mieux, son état général s'améliore, il reprend ses forces et il sort le 15 mars complètement guéri. Les testicules sont tout à fait recouverts par un nouveau prépuce.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante parce que ces cas de gangrènes du scrotum qui sont excessivement rares à Paris et dont on ne connaît que très peu de cas, s'observent à ce qu'il paraît assez fréquemment à l'hôpital de la Miséricorde de Rio-de-Janeiro, puisque c'était le cinquième cas, dont un suivi de mort, que l'on observait depuis le commencement de l'année. Maintenant nous devons nous demander si ces gangrènes infectieuses ne sont pas propres à certains pays chauds comme le Brésil, et si elles ne reconnaissent pas pour cause certains produits qui nous sont inconnus.

OBSERVATION XI

MM. Lapanne, de Coussey, et Crussard, de Neufchâteau, consultat.
(Annales de la Société médicale de Neufchâteau, 3e année 1876)

Homme de 42 ans. Bonne constitution, santé parfaite. Conditions hygiéniques excellentes. Le surlendemain d'une journée passée tout entière à la chasse mais sans fatigue excessive, il éprouve une légère douleur à la verge avec sensation de cuisson qui augmente un peu pendant la nuit. Le lendemain le malade me fait appeler. La peau du fourreau de la verge et surtout du prépuce présente un peu de gonflement avec coloration rosée. En interrogeant le malade, qui est très intelligent, il m'est impossible de découvrir aucune cause qui explique cet état, si ce n'est le frottement de la verge contre le pantalon pendant une journée de chasse, et un coït un peu sec pratiqué dans la nuit qui a précédé l'apparition de la douleur. Malgré les applications résolutives, le mal ne cède pas, et le troisième jour le gonflement a augmenté, la rougeur s'est étendue jusqu'à la racine de la verge et a envahi une partie du scrotum. Par endroits, principalement sur le fourreau de la verge, elle présente une teinte un peu livide. Le soir mon confrère Crussard se trouve en consultation avec moi.

L'état n'a pas changé. La température de la partie malade a seulement un peu baissé, et malgré le peu de vraisemblance d'une telle affection, nous ne pouvons hésiter à reconnaître la gangrène. Nous prescrivons des fomentations avec la teinture de quinquina.

Le lendemain le mal a fait des progrès effrayants, la peau du fourreau de la verge est froide, ainsi que celle des deux tiers du scrotum, la gangrène poursuit sa route, et aucune limite n'indique le point où elle s'arrêtera. La partie mortifiée se confond insensiblement avec les parties saines. Evidemment le mal tend à étendre ses ravages indéfiniment.

Nous pratiquons, sur les parties saines et sur les parties douteuses, une double tranchée de circonvallation avec un cautère chauffé à blanc. Cette opération arrêta net la marche du sphacèle, et une partie de la peau qui pouvait déjà être considérée comme perdue, se trouva sauvée. L'escharre comprenait tout le fourreau de la verge jusqu'à la racine, sauf le limbe du prépuce qui était resté intact et presque tout le scrotum.

La chute des escharres demanda une douzaine de jours pour s'effectuer complètement. La peau du pénis tomba, laissant à découvert le tissu cellulaire, dans lequel se voyaient des fibres rougeâtres comme celles du dartos. Le limbe du prépuce fut conservé intact. Quant au scrotum, il fut éliminé avec toutes les enveloppes des testicules qui restèrent complètement à nu, ayant acquis un volume énorme.

Inutile de parler de la suppuration abondante qui accompagna cette élimination. Des complications extrêmement graves vinrent bientôt s'y ajouter. Un vaste érysipèle phlegmoneux apparut au côté droit, occupant la région inguinale, la fosse iliaque et une partie de la région fessière. Il fallut ouvrir plusieurs abcès qui ajoutèrent une nouvelle source de suppuration à celle qui déjà affaiblissait le malade. Cette complication érysipélateuse se maintint stationnaire pendant plus de trois semaines avant la terminaison par fonte purulente. En outre, du côté de la poitrine, apparut une complication grave, une broncho-pneumonie, qui semblait devoir porter le dernier coup au malade, et qui le conduisit à deux doigts de sa perte.

OBSERVATION XII

Service de M. le Professeur Fournier
Hôpital St-Louis, Salle St-Louis, lit n° 15 (Th. Lallemand)

B..., François, terrassier, 24 ans. Entré le 24 juillet 1881.

Bonne santé habituelle. Antécédents strumeux, Pas de maladie antérieure, pas de syphilis.

Le dernier coït remonte à cinq semaines. Pas d'écoulement, pas de boutons survenus dans ces derniers temps.

Quelques jours avant la fête nationale, il avait remarqué à la base du gland, une traînée blanche, absolument indolente, et à laquelle il n'avait attaché aucune importance. Pas de fièvre, pas de douleurs.

Après avoir marché une partie de la journée du 14 juillet et dansé dans la nuit du 14 au 15, il remarqua le lendemain, en voulant uriner, que le gland était rouge et tuméfié. Il appliqua

alors des compresses imbibées d'eau blanche. La fièvre ne fut ressentie par le malade que le 19. Jamais la miction ne fut gênée.

En résumé, début insidieux, sans douleurs, sans état général.

20 juillet. — Le malade raconte que le 20 juillet, dans la nuit, le développement de l'affection prit soudain des proportions effrayantes. Les douleurs devinrent très vives. Le gland était très rouge, vineux, très enflé. Le malade dès lors dut garder le lit, continuant l'application d'eau blanche,

21 juillet.— Le malade commence à voir une certaine coloration brunâtre sur les parties latérales du fourreau préputial.

22 juillet.— Ces deux bandes noirâtres se réunissent et forment une ceinture à peu près continue autour du gland.

24 juillet. — Le malade vient à la consultation ; il présente un sphacèle de toute l'extrémité antérieure de la verge. Douleurs fort modérées. Le malade est venu en voiture, l'état général est peu inquiétant.

Fièvre sans transpiration ; pouls 84.

Pas de céphalalgie, langue assez bonne.

Donc état local grave sans réaction vive. Le malade n'a pour ainsi dire pas d'adénite, à peine une pléiade médiocrement accentuée dans l'aîne droite. D'ailleurs pas d'autres symptômes. Ni hémorrhagie, ni ictère, ni purpura, ni état scorbutique.

Pas de lésion cardiaque, pas de traumatismes ni d'excès, ni d'actes insolites. Cependant, dans les premiers jours où l'attention du malalade commença à s'éveiller, il se souvient d'érections violentes et prolongées.

Aucun traumatisme, aucune piqûre dont le malade puisse se souvenir.

En résumé, les antécédents de ce sphacèle du fourreau sont obscurs et la cause reste encore inconnue.

24 juillet. — Une incision est faite qui permet d'enlever tout le fourreau sphacélé, d'arriver sur le gland qui est lui-même assez profondément entamé. Une sorte de couenne blanche épaisse le recouvre dans sa plus grande partie, excepté en certains points où il y a déjà, de par les mortifications, de notables pertes de substance.

25 juillet. — La portion sphacélée est éliminée en partie ; on voit que le sphacèle du tissu cellulaire sous-cutané s'étend plus loin que le sphacèle de la peau. Le tissu cellulaire, en effet, peut se détacher par lambeaux et en putrilage comme

dans le cas de phlegmon diffus. La lésion ressemblerait maintenant à un phlegmon diffus pelvien.

L'état général continue à être satisfaisant.

26 juillet. — Examen des urines : ni sucre, ni albumine, ni carbonate.

2 août. — Elimination des eschares. Les corps caverneux sont mis à nu. On voit l'urèthre. Le gland n'est plus représenté que par un petit bourgeon qui sera excisé prochainement.

OBSERVATION XIII

Service de M. le professeur Fournier
Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 71. (Th. Lallemand).

R... Edouard, ouvrier en parapluies, entré le 22 juin 1882.

Il y a un mois, peut-être cinq semaines, le malade a remarqué sur la partie postérieure de la rainure glando-préputiale, une excoriation superficielle de la largeur d'une pièce de 0,50 cent. Excoriation rouge vif, à fond lisse, à bords en continuité avec les tissus voisins, indolente; cette écorchure resta stationnaire environ 10 jours.

Le malade avait commencé ses relations avec la personne incriminée (elle présentait aussi une écorchure qui, d'après récit, paraît antérieure à l'écorchure du malade). Il avait commencé ses relations, disons-nous, sept semaines avant de remarquer rien d'anormal, et il vit la femme pour la dernière fois quatre jours avant l'apparition initiale. Quelques jours après cette apparition, il ressentit une douleur à la pression et pendant la marche dans les deux plis inguinaux où siègeaient une adénite qui débuta d'abord du côté droit.

Sitôt que le malade eut remarqué la lésion, il fit des applications de pommade balsamique pendant deux jours, puis négligea son traitement jusqu'à la troisième semaine à compter du jour où il avait vu la lésion primitive.

A cette époque, c'est-à-dire il y a huit jours, il vient consulter M. le professeur Fournier.

Le malade présentait alors depuis deux jours une légère inflam-

mation du prépuce, inflammation légère, limitée au côté gauche et qui laissait la possibilité de découvrir.

Depuis il prit des bains de verge à la guimauve, appliquant du cold-cream qui séjournait fort peu et des compresses sèches qui s'imbibaient d'urine, urine qui s'infiltrait entre le gland et le prépuce et déterminait une irritation, dite salutaire, par les amis du malade.

Dans la nuit du 21 au 22 l'inflammation prit une intensité considérable et l'œdème s'étendit avec rapidité aux deux côtés de la région glando-préputiale, le malade ne pouvait plus découvrir et les phénomènes douloureux deviennent aigus.

Le 22. — Le malade entre à l'hôpital.

23. — Actuellement, tuméfaction considérable, écoulement séro-sanguinolent. Amincissement et commencement de sphacèle au tiers supérieur. Orifice uréthral entouré d'une zone parcheminée Douleur, surtout au côté latéral externe, où il y a comme un léger étranglement. En avant et en bas, la partie tuméfiée formant une grosseur d'un volume d'un œuf de pigeon au-dessous de la verge, l'inflammation s'étend à toute la moitié antérieure de la verge, qui a un diamètre moyen de 5 centimètres. Pouls accéléré, faible, mauvais faciès.

N'a pas été à la selle depuis le 21. Lait, limonade, Todd, café, extrait thébaïque.

Bain de deux heures, 4 injections nitrate d'argent 1/2000.

26. — La partie supérieure de la peau du prépuce est détruite et tombée dans une étendue de 2 centim. sur 4 transversalement, noire, sèche, luisante. Ce sphacèle a la forme générale d'un chapeau de gendarme couché en travers sur la verge.

De chaque côté la peau est lie de vin, luisante, chaude. La peau du prépuce forme avec le gland comme une gouttière où coule un pus séro-sanguinolent et un liquide crémeux. A la partie inférieure, le bourrelet que forme le prépuce infiltré est, à sa partie la plus proéminente, noirâtre et sphacélée superficiellement. Ici, le derme n'est pas atteint. Tout au plus le corps de Malpighi l'est-il.

OBSERVATION XIV

Communiquée par M. le Docteur Brocq (Th. Lallemand)

Gangrène des téguments de la verge. N° 19, salle 3, hôpital militaire de Marseille.

Le nommé L..., Jean, 2me soldat au 58e de ligne, âgé de 25 ans, entre le 3 juin 1877, à deux heures du matin, à l'hôpital, pour une gangrène du prépuce.

Cet homme, dont l'état de santé antérieur a toujours été excellent, mais qui porte sur son visage des traces visibles d'abrutissement, prétend ne jamais avoir eu de maladies vénériennes, avoir pu toujours découvrir facilement le gland et ne s'être livré que rarement à la masturbation.

Vers le 25 ou le 26 mai, il dit s'être aperçu d'un tout petit point noir à la face inférieure du gland, et en avoir été fort étonné. C'était, dit-il, comme une toute petite croûte et tout à fait indolent. Il ne sait point comment cela lui est venu. Mais le lendemain du jour où il s'en est aperçu il semble s'être masturbé. Il répond avec la plus grande répugnance aux questions qui lui sont faites à ce sujet : il semble qu'il ne comprenne pas ce qu'on lui demande et on a eu le lendemain l'explication de cet état, car il a prétendu le 4 juin ne pas se souvenir de tout ce qui s'était passé dans cette journée du 3 juin.

C'est dans la nuit du premier juin qu'il s'est aperçu que le prépuce enflait et qu'il s'est senti pris d'une fièvre intense. Le lendemain matin 2 juin il est allé à la visite, le major lui a prescrit des fomentations émollientes ; mais le prépuce a continué à enfler à vue d'œil, la fièvre augmente, l'état général est devenu tellement grave que le malade a été obligé de se coucher. Bientôt, il s'est mis à délirer et on a été obligé de le transporter à l'hôpital au milieu de la nuit.

Le 3 juin, le prépuce et la peau de la verge sont très tendus et tuméfiés. l'infiltration va en diminuant jusqu'au pubis. Les téguments ont une couleur livide tirant sur le noir ; on pratique séance tenante une incision qui les divise et soulage le malade.

Cependant le délire et l'agitation très forte continuent. A sept heures du matin, il est pris de vomissements bilieux. La fièvre

très intense est de 40°. On prescrit un lavement purgatif et des fomentations avec du vin aromatique tiède.

Le soir, on pratique deux nouvelles incisions dans le prépuce, qui est ainsi divisé en trois lambeaux entre lesquels apparaît le gland parfaitement intact. Le malade est soulagé et la fièvre tombe un peu.

Le 4 juin au matin, le malade ne délire plus, mais les téguments de la verge se sphacèlent de plus en plus et prennent une teinte noirâtre. Le soir le malade semble avoir recouvré toute son intelligence. Il donne quelques renseignements, ne sait à quoi attribuer ce qui lui arrive, et dit ne pas se souvenir d'avoir été transporté à l'hôpital, et d'y avoir déjà passé une journée.

Malgré la marche envahissante de la gangrène l'état général est meilleur. On continue les fomentations émollientes.

Le 5 juin, tout le prépuce et une partie de la verge sont noirâtres et tout autour, il commence à se faire un peu de suppuration. L'odeur de sphacèle est tellement intense que l'on fait des lotions et des pansements à l'acide phénique au centième.

Dans la nuit du 5 au 6 juin, l'état général s'aggrave de nouveau. Le malade a du délire et est très agité. Il souffre beaucoup de la verge qui est très gonflée, d'un rouge livide.

La tumeur inflammatoire a gagné le scrotum. La température est de 40°2, le pouls est petit et fréquent. On donne au malade 6 grammes de bromure de potassium et de l'opium,

Le 7 juin, l'amélioration est notable, la fièvre est tombée; le scrotum est encore rouge et tuméfié; mais les parties gangrenées du fourreau de la verge restent limitées.

Le 8 juin, la température est presque normale, les escharres commencent à se détacher nettement des parties saines.

Elles tombent le 13 juin; le prépuce est complètement détaché, une partie de la verge est également détruite.

La plaie est rose, de bonne nature. L'œdème et la rougeur du scrotum et du fourreau de la verge ont disparu.

La plaie se cicatrise peu à peu et le malade sort, vers le milieu de juillet, sans prépuce et avec une cicatrice vicieuse du fourreau.

OBSERVATION XV

Communiquée par le Dr Surget (Th. Lallemand.)

Le samedi 21 juillet, je fus appelé vers un malade nommé Z..., demeurant à Dordres, village distant d'environ huit kilomètres, pour voir, me dit son fils, « son bas-ventre qui est enflé. »

Mon malade est âgé de 49 ans, grand, vigoureux, n'ayant jamais fait de maladie.

Il se plaint de douleurs à la verge et au scrotum. Je découvre en effet un pénis énorme.

Comme couleur, un fond rouge parsemé de taches livides ecchymotiques. Quelques piqûres, faites par un confrère appelé avant moi, sont sphacélées et recouvertes de vésicules assez élevées. Prépuce desquamé sur son bord, gland rouge, tuméfié. Il existe de chaque côté de la base du frein deux taches de gangrène absolument semblables et symétriques de la largeur d'une pièce de 0 fr. 20 c. Le scrotum est légèrement rouge et augmenté de volume. J'ordonne des sangsues sur le pubis, préalablement rasé. — Sulfate de quinine ; cataplasmes, bains de siège.

Dimanche 1er août. — Etat général meilleur ; le sphacèle fait des progrès. Scrotum énorme ; temp. 38°3.

Le malade se plaint de douleurs aiguës dans les plis inguinaux. Pas de ganglions.

Lundi 2 août. — Délire dans la nuit. Vomissements.

Je constate un érysipèle montant jusqu'au nombril et descendant jusqu'à la partie moyenne des deux cuisses : en arrière il s'étend jusque sur les fesses.

Les plis inguinaux sont durs, très douloureux, comme épaissis. Toujours pas de ganglions ; temp. 39°.

Le pénis offre une teinte parcheminée. Le scrotum énorme, d'un noir foncé, sérosité considérable accumulée dans la vaginale. Eau de sedlitz, quinine, toniques.

Mardi 3 août. — Délire violent, face grippée, péritonitique ; pas de vomissements. L'érysipèle a gagné jusqu'au sternum et descend en arrière jusqu'aux jambes.

Mort le lendemain.

Comme étiologie, voici ce que j'ai pu recueillir : le malade

eut des rapports sexuels avec sa femme le 27 juillet au soir.

Le 28, dans la journée, il fut pris, pendant qu'il moissonnait, de douleurs dans les jambes, d'une soif atroce. Inappétence absolue pendant toute la journée.

Il ressentit des picotements au bout de la verge et remarqua le soir une légère inflammation au bord du prépuce. Le penis enfla pendant la nuit.

Un confrère appelé le lendemain matin fit, autour du prépuce, de légères incisions.

Appelé le lendemain, j'ai instamment questionné le malade pour savoir s'il n'avait pas été contusionné d'une façon quelconque en cet endroit. Les réponses furent franchement négatives. J'avoue que je ne laissai pas d'être embarrassé. Ai-je eu affaire à une inflammation suraiguë de la verge ayant amené une gangrène consécutive. Est-ce, au contraire, une gangrène d'emblée, suite d'obstruction des vaisseaux ?

J'avoue que je penche du côté du pénitis suraigu, suivi de sphacèle, car le premier jour où je vis le malade, l'organe était certainement à l'état inflammatoire. Maintenant comment, pourquoi et à quel moment a commencé cette affection ?

Des rapports conjugaux ayant eu lieu la veille, il est permis de supposer qu'à ce moment le malade ne ressentait rien de ce côté. La cause occasionnelle de l'inflammation ne m'apparaissait pas, j'ai pensé plus tard à une gangrène spontanée, attirée surtout de ce côté par deux faces sphacélées, égales, symétriques de chaque côté du frein. M. Surget déplore de n'avoir pas examiné les urines, mais en déclarant que le malade n'avait jamais éprouvé aucun symptôme pouvant faire songer au diabète.

OBSERVATION XVI

M. le prof. Fournier. Hôp. St-Louis (Th. Lallemand).

V..., Gustave, 26 ans, mouleur en cuivre, entre à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. le profes. Fournier, salle St-Louis, nº 65, le 17 novembre 1883.

Rien de particulier comme antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels sont quelques douleurs articulaires, un peu d'oppression après l'ascension des escaliers ou un exercice violent. Jamais de fièvres intermittentes, pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas de fièvre typhoïde récente ni actuelle. Il n'est pas buveur, 1 litre 1/2 par jour, jamais il ne prend d'eau-de-vie, n'a jamais eu d'érysipèle.

Le 13 novembre, c'est-à-dire il y a quatre jours, il s'est couché un peu souffrant, il était auparavant d'une bonne santé, n'avait pas été malade depuis longtemps.

Le jour suivant il ne ressentait plus rien, ne souffrait en aucune façon. Il passa la nuit du 15 au 16 avec une femme avec laquelle il avait coutume d'aller. Les jours précédents, il n'y avait pas eu d'érection violente, les rapports antérieurs et sans excès avaient eu lieu le 11 et le 12.

Quand le malade s'est levé le 16 au matin, il a vu un peu de rougeur à l'anneau préputial ; il n'avait pas de phimosis et découvrait bien.

Il urina facilement et ne remarqua rien d'anormal. Dans l'après-midi, la rougeur augmenta, le gonflement apparut, il fut obligé d'interrompre son métier, il eut un vomissement et de la fièvre ; nuit mauvaise et sans sommeil. Il ressentit de violentes douleurs, l'état a empiré de plus en plus et il arrive à 3 heures de l'après-midi le 17, pendant que nous examinions les malades entrés le matin, c'est-à-dire 36 heures après le début de l'affection et dans l'état suivant.

17. — La verge et le scrotum sont œdémateux, rouges et chauds, rougeur livide, étendue, uniforme sans bourrelet terminal, s'étendant insensiblement et se confondant peu à peu avec les parties voisines : près de l'extrémité du prépuce, à droite, est une phlyctène du volume d'un gros pois, aplatie, un peu déprimée. Sur la peau de la verge, le malade en a déjà observé plusieurs le matin ; elles sont crevées actuellement. La peau de la zone présente en plus une zone irrégulière, blanchâtre, entourée d'une bordure noire et formant près de l'extrémité de celle-ci un anneau complet large de 1 centimètre 1/2 respectant l'extrémité du prépuce. Cet anneau envoie le long de la face inférieure de la verge un prolongement de même largeur qui s'étend vers la moitié antérieure du raphé des bourses où il se perd.

Les bords de cette zone blanchâtre sont irrégulièrement dessinés en carte géographique, ne se trouvant ni en saillie ni

en creux par rapport aux tissus environnants. De plus toute cette partie blanchâtre est insensible à la piqûre, ne saigne pas, et l'épiderme qui la recouvre reste dans les doigts, lorsqu'on prend la verge pour examiner sa face inférieure.

L'examen du gland est impossible, le gonflement des parties empêchant absolument de le découvrir.

L'urine a été examinée aussitôt; le malade urinait facilement et sans douleur, et de couleur normale, limpide, ne renfermant ni sucre, ni albumine. Température 39°5, pouls 120.

Le 18, température : matin 38°8 ; soir 39°6.

Le 19, la rougeur persiste, mais le sphacèle a beaucoup gagné en étendue, les parties blanches de la veille sont d'un blanc jaunâtre pâle, déprimées, noirâtres en certains points, insensibles. La gangrène a envahi de plus le scrotum jusqu'au périnée, sauf deux petits lambeaux qui descendent de chaque côté de la verge jusqu'à la partie moyenne des bourses. Deux ou trois îlots à la partie la plus déclive des bourses sont relativement intacts.

L'extrémité du prépuce, en forme d'anneau, est également préservée ; de plus encore, une grande traînée lymphatique rouge est apparue, elle part à gauche des bourses et de la racine de la verge, large de 12 à 15 centim., monte obliquement vers le flanc gauche par le pli inguinal ; cette traînée est chaude et très douloureuse : à droite et à gauche, des ganglions inguinaux douloureux.

Examen du sang. — Le Dr Balzer, chef du laboratoire de l'hôpital, a examiné le sang et y a reconnu la présence de micrococcus en grand nombre, isolés ou réunis deux à deux, se mouvant dans la préparation.

Temp. 38° 4 le matin.
39° 6 le soir.

Traitement. — Bain de deux heures, sulfate de quinine, 1 gr. Thé au rhum. Compresse d'eau phéniqué 1/100.

20. — Le malade se trouve mieux, le sphacèle a fait peu de progrès, il comprend la moitié du fourreau en avant, toute son étendue en arrière ; au niveau de l'orifice du prépuce, existe une zone de peau non sphacélée. Tout le scrotum, à part deux petites bandes latérales vers la racine de la verge, est absolument sphacélé, complètement blanchâtre ; les parties non sphacélées à son extrémité inférieure un peu en arrière et dans les plis génito-cruraux sont rouges, mais peu foncées. Toute la région inguinale gauche est le siège d'une suffusion rosée, sans bourrelet

terminal s'éteignant insensiblement et douloureuse. Langue grise, insomnie, rêves. Il y a trois mois le malade aurait eu deux chancres qui auraient duré trois semaines, et pour lesquels un médecin consulté n'aurait prescrit qu'un simple pansement. Il ne s'est pas grisé depuis quelque temps. Pas de blennorrhagie. Il urine convenablement. Il déclare catégoriquement ne s'être introduit aucun corps étranger dans l'urèthre, n'avoir reçu aucune contusion sur la verge, n'avoir subi aucun accident passif, ne s'être pas froissé les testicules, en un mot, aucun traumatisme même léger.

Temp. 38° le matin, 39°,5 le soir. Pouls, 104.

Bain de 3 heures, sulfate de quinine 1 gr. ; compresse phéniquée 1/100. Thé au rhum.

21. — La nuit a été assez bonne ; ce matin le malade est calme, le faciès bon, la fièvre modérée, l'appétit faible. Douleurs assez vives dans la jambe gauche.

La traînée lymphangitique à gagné en largeur, mais n'a pas progressé vers le flanc gauche. Elle est toujours rouge, peut-être un peu plus violacée qu'hier. La verge et le scrotum ont diminué de volume. La douleur persiste, elle est plus vive dans une largeur de 1 cent. sur le pourtour du sphacèle. La portion gangrenée est plus verdâtre, noirâtre en certains points, déprimée. Elle commence à se séparer des tissus voisins principalement à la racine de la verge et au scrotum du côté gauche. Les poils n'adhèrent que très faiblement au pourtour de la région sphacélée dans une étendue de deux centimètres environ. Ils se laissent très facilement enlever avec une pince sans occasionner de douleur.

Temp. 37°9 le matin ; 38°4 le soir. Pouls 104.

Même traitement, plus extrait de quinquina, 2 grammes, et potion de Tood.

22. — Le faciès est bon, le pouls et la température se sont sensiblement modifiés.

Temp. 37°6 matin ; 38°3 soir. Pouls 76.

Langue humide, l'état local n'a pas varié. Le sphacèle du scrotum présente la teinte de la banane avec un îlot noir à gauche et, chose singulière, cinq petits îlots de peau, absolument saine, du volume d'un grain de blé à celui d'une lentille, l'un est même grand comme une pièce de 50 cent. La verge a la même teinte, mais avec un semis irrégulier de taches noires. La peau du prépuce est saine, un peu rouge.

Le sphacèle commence à se détacher et la peau saine fait un relief d'un millimètre environ, à bords taillés à pic. La traînée lymphangitique s'étend jusqu'aux lombes, douloureuse. La douleur et un certain empâtement empêchent de savoir s'il y a des ganglions. Pas de bourrelet.

Depuis hier, il s'est produit un purpura miliaire à petites taches grandes comme une tête d'épingle, ne s'effaçant pas sous le doigt, les unes d'une teinte rouge pâle, les autres deviennent par la pression d'un gris violet. Ce purpura occupe le thorax et l'abdomen. Quelques taches en moins grand nombre sur les bras, rares sur les avant-bras, plusieurs sont minuscules. Pas d'hémorrhagie des muqueuses. Le malade a mangé une côtelette hier.

23. —	Température	37° 6 le matin.	Pouls 68.
	»	38° 2 le soir	»
24. —	»	37° 6 le matin.	Pouls 64.
	»	38° 2 le soir	»
25. —	»	37° 2 le matin.	Pouls 64.
	»	37° 6 le soir	»
26. —	»	34° 4 le matin.	Pouls 60.
	»	38° 1 le soir	»

Tout le pourtour du sphacèle se détache et suppure. En soulevant les bourses on fait sortir un pus jaune-verdâtre, très fétide. Gros abcès dans le pli inguinal gauche, souffle au premier temps et à la base.

27. —	Température	37° 2 le matin.
	»	37° 8 le soir.
28. —	»	37° 3 le matin.
	»	37° 5 le soir.

Même état local, amélioration de l'état général, plus de fièvre, le malade souffre beaucoup moins depuis l'ouverture du foyer inguinal. Ablation, avec les ciseaux, d'une grande partie du sphacèle, du scrotum on peut enlever à la fois de grandes portions de 3 à 4 centimètres sans provoquer aucune douleur. Pendant le cours de cette ablation, l'extrémité des ciseaux a rencontré des parties sous-jacentes qui saignent facilement et sont très sensibles. Presque toute la surface des bourses est gangrenée et enlevée, les testicules sont à nu, rouges, saignant facilement, la cloison fait saillie entre eux. C'est elle qui envoyait les prolongements de peau saine remarquée les jours

derniers. Le sphacèle de la verge est laissé en place. Il est encore trop adhérent.

30. — Ablation de la partie sphacélée du fourreau de la verge, les corps caverneux sont respectés, le gland ne paraît pas atteint, l'anneau préputial persiste. La surface ainsi mise à nu est d'un gris blafard, rougeâtre en quelques points. Ces différences sont dues à la chute incomplète du sphacèle.

1er Décembre. — Les testicules sont moins luisants, moins lisses que la veille, ils sont rouges, granuleux, tout ce qui reste du scrotum a bon aspect ; la plaie, rosée, suppure médiocrement, la verge est toujours grisâtre en quelques points, l'état général bon. Sommeil, appétit, pas de fièvre.

3. — Le malade est bien, comme état général. L'état local ne change pas beaucoup, on supprime le sulfate de quinine.

Douleurs au scrotum ; on fait tourner le malade. La région est rouge, le malade ayant conservé le décubitus dorsal depuis le début. On lui fait donner un rond en caoutchouc. Il a un peu maigri, mais a bonne figure ; le teint est encore coloré, les yeux vifs : état moral satisfaisant.

10. — Les parties sphacélées sont complètement éliminées, la plaie est détergée et a bon aspect. Les testicules sont complètement dénudés. Le malade, depuis que le travail de réparation commence, se plaint de vives érections nocturnes qui lui causent de violentes douleurs.

15. — Le malade mange bien, n'a plus de fièvre ; les testicules se recouvrent de bourgeons charnus, les érections nocturnes diminuent. Grâce aux précautions prises, on a prévenu les eschares du scrotum.

3 janvier. — La cicatrisation marche rapidement, on voit déjà la verge qui se reconstitue un fourreau aux dépens des tissus voisins, le scrotum est attiré peu à peu vers le centre de la plaie.

10. — On réprime les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

15. — La cicatrisation est à peu près terminée, il ne reste plus sur la verge qu'une petite plaie, large comme une pièce de vingt centimes, et sur la partie centrale du scrotum il ne reste à cicatriser qu'un espace large comme une pièce de un franc. Le fourreau de la verge est presque restauré en entier, il ne reste qu'un anneau cicatriciel, large de un centimètre, à la base du prépuce, le scrotum est presque entièrement réparé.

OBSERVATION XVII

Communiquée par M. le Dr Cellier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Laval.
(Thèse de Lallemand).

Eugène C..., âgé de 16 ans 1/2, habite la ville depuis 2 mois. Il a pratiqué son premier et unique coït, avec une femme de 40 ans, ayant eu plusieurs enfants. Pas d'étroitesse à invoquer, pas de phimosis congénital.

Le 16 août, ce garçon vient me montrer une balanite très grave, qui ne le gêne pas, mais qui inquiète sa candeur de novice.

Le 20, il est pris de frisson, de vomissements, le prépuce est violacé, douloureux, modérément gonflé. Je le fais entrer à l'hôpital dans mon service, et le soir il est pris d'une effroyable hémorrhagie qui me paraît venir du prépuce, et résiste à tous les moyens hémostatiques possibles dans la circonstance. Ce garçon a une excellente constitution, il n'est ni alcoolique, ni diabétique.

Le 21. — La gangrène apparaissait franchement avec des traînées de lymphangite allant jusqu'au pubis, et le 23, d'un coup de ciseaux, je détachais tout le gland complètement gangréné, suivant une ligne oblique, de bas en haut, parallèle au sillon préputial. Je fais une incision sur le dos du prépuce qui s'entamait également, et j'appliquais le pansement de Lister.

En 14 jours, la suppuration consécutive s'est tarie, et la cicatrisation, aidée et dirigée par le nitrate d'argent, s'est définitivement établie.

L'hémorrhagie m'a fait penser à un thrombus artériel, déterminant de l'endartértie et une perforation artérielle intéressant probablement l'artère dorsale de la verge. Mais cette hémorrhagie ne m'expliquait pas suffisamment la gangrène rapide et étendue qui l'a suivie.

OBSERVATION XVIII

Service de M. le Professeur Fournier. (Th. Lallemand)
Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 59

Le nommé R... Jac.., âgé de 24 ans, tailleur de pierres, entre dans le service le 6 juillet 1880.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels : une attaque de rhumatisme il y a neuf ans, rhumatisme articulaire aigu.

Rien de spécial à noter, ni dans l'alimentation, ni dans l'habitation. Pas d'excès de fatigue. Jamais de syphilis. Le malade couchait avec un de ses amis. Il n'a pas vu de femme depuis quatre mois.

Rien d'anormal dans les urines. Intégrité organique et fonctionnelle des viscères.

Il y a neuf semaines, le malade a été renversé par un omnibus, il a eu une frayeur extrême, des contusions, mais pas de plaie, ni de fracture. Il s'évanouit, fut rapporté chez lui, et semble avoir repris, dès le lendemain, sa bonne santé habituelle.

Deux semaines après, il ressentit un matin, en se levant, des douleurs occupant la bouche et la gorge, sans raison appréciable. Il ressentait une gène notable dans la déglutition et ses gencives étaient noirâtres et tuméfiées.

Il crut à un refroidissement. Huit jours après, il eut une ulcération dans le sillon balano-préputial. Ces écorchures étaient peu douloureuses, ne saignant pas, n'ont été vues par aucun médecin et étaient, au dire du malade, recouvertes d'une pellicule blanche. Aucun traitement.

Au bout d'une quinzaine de jours, il ressentit de plus vives douleurs et le besoin d'un pansement quelconque ; il mit une compresse trempée dans l'eau fraîche. Le lendemain il alla consulter M. le Dr Landouski.

Les gencives n'étaient plus malades, ni sanguinolentes, les dents étaient à peine déchaussées ; mais sur le voile du palais, le médecin constata une vingtaine de taches rondes, isolées, lenticulaires, vineuses (taches de purpuration du voile du palais). Rien sur les amygdales ni dans le pharynx.

6 juillet. — Le malade se présente à la consultation et entre salle Saint-Louis. Les douleurs se sont exaspérées, une rougeur notable a envahi le scrotum, la région pubienne et tout le pénis. Celui-ci a considérablement augmenté de volume ; un phimosis s'est déclaré depuis la veille. La verge a véritablement l'aspect d'un bâton de cloche.

Toute la région est rouge, enflammée, douloureuse à la moindre pression. Il n'y a ni bourrelet, ni épaisissement de la peau comme dans l'érysipèle, et il semble qu'on ait affaire à

une lymphangite reticulée intense développée à l'occasion et autour d'ulcérations balaniques malproprement soignées.

Le jour même de l'entrée du malade, à la partie postérieure du prépuce, en un point qui correspondait environ à la base du gland, on aperçoit une petite plaque à base vineuse, violacée, de l'étendue d'une pièce de un franc environ, non pas même en plaque, mais simplement striée de raies brunâtres, donnant une teinte générale ardoisée. C'est évidemment un point où le sphacèle se prépare. Soit que ce sphacèle soit la conséquence de l'intensité excessive du travail inflammatoire, soit qu'il soit sous la dépendance d'une adynamie quelconque tenant à l'état général, toujours est-il que le lendemain, 7 juillet, malgré le repos, les bains, les cataplasmes, les lotions émollientes et un traitement approprié, malgré les toniques à l'intérieur, en un mot malgré un traitement antiphlogistique énergique. le sphacèle imminent et à peine dessiné la veille s'est accentué et se présentait au lieu indiqué dans une étendue d'une pièce de deux francs environ et sous l'aspect d'une plaque noire et dure.

Continuation des antiphlogistiques et des toniques.

8 juillet. — Les accidents n'ont été nullement enrayés et la fièvre, assez intense au moment de l'entrée à l'hôpital, continuait; pouls fréquent, peau chaude, température 38°4.

L'état local est effrayant, tant par l'étendue que par la rapidité des lésions. la verge jusqu'à sa base est extrêmement tuméfiée, les bourses participent au gonflement et atteignent le volume d'une tête de fœtus à terme, enfin est d'une coloration noire, absolument, dit M. le professeur Fournier, comme si on avait trempé ces parties dans de l'encre.

État général inquiétant. Fièvre vive. continue et surtout adynamie très prononcée, caractérisée par une teinte jaune pâle de la face, défaut d'éclat du regard, un certain état ridé et souffreteux, bien que le malade dise ne ressentir qu'une douleur très confuse dans les régions noires. Un certain refroidissement dans les extrémités: cet état général est revenu plus sombre par les tâches purpuriques apparues soudainement depuis la veille.

Ces taches sont étendues. occupent les deux paupières, plus prononcées à la paupière inférieure et formant autour des conjonctives intactes de larges lunettes brunes. Pas d'épistaxis, céphalalgie médiocre, mais sensation de profond épuisement.

M. Le Dentu fait immédiatement, malgré l'état général grave

et tout en redoutant les hémorrhagies, de larges incisions à titre de débridement. Le gland est tout entier mis à nu au moyen de plusieurs incisions rayonnées. On ne trouve plus trace des ulcérations que le malade signale comme le début de sa maladie, attendu que bien qu'il y ait une partie considérable du gland qui ait conservé sa coloration normale, il n'en est pas moins vrai qu'à sa base, dans le sillon balano-préputial, le gland participe dans une certaine mesure au sphacèle des parties voisines, et certainement l'élimination ne se fera pas sans une notable perte des substances aux dépens du prépuce et du gland.

Une autre incision longue et profonde de deux centimètres passe un peu à droite du raphé longitudinal du scrotum et l'aspect des parties sous-jacentes que la béance de la plaie permet d'entrevoir, ressemble à une coupe de la rate, tant elle est noire, molle et infiltrée de sang.

Toniques, sulfate de quinine, Todd, injections sous-cutanées d'éther et d'ergotine, citron.

Le malade n'a pas faim, a soif, ne peut prendre aucun bouillon sans redouter des vomissements.

Il a toute sa connaissance, tout son calme, dit qu'il souffre peu, et demande s'il en a encore pour longtemps.

9 juillet. — Même état général.

Quelques taches vineuses de purpura sont encore apparentes sur le tronc et y forment disséminées çà et là des taches ovalaires du volume d'une pièce de 1 fr. environ, indolentes, ne s'effaçant pas à la pression.

Le malade est très soulagé par les débridements, et il y a dégorgement considérable dans les tissus, qui tendent à revenir dans leurs dimensions naturelles, surtout le scrotum.

10 juillet. — Une certaine partie du prépuce est enlevée avec les ciseaux sans aucune douleur et absolument mortifiée. Le sphacèle est prononcé, surtout au fourreau, sur lequel il s'étend sur une très grande surface.

Quant au scrotum, il y a lieu d'espérer que les parties reprendront leur vitalité et qu'elles ne seront pas éliminées comme à la verge.

Le purpura augmente encore, de nouvelles taches se sont produites sur le tronc et à la racine des membres inférieurs ainsi qu'à la face, mais il est à remarquer que les membres inférieurs sont à peu près dépourvus de taches purpuriques.

La fièvre n'a pas augmenté d'intensité, mais elle continue toujours; pas le moindre délire, mais adynamie profonde, véritable état scorbutique, avec lymphite terminée par sphacèle et donnant lieu aux gangrènes et aux inflammations dites scorbutiques.

15 juillet. — Les plaques purpuriques anciennes diminuent de coloration et d'étendue; d'autres surviennent. Les taches du voile du palais s'effacent, une plaque large comme la paume de la main persiste à la hanche droite, eschare au scrotum, qui s'étend rapidement malgré les soins de propreté.

20 juillet. — Le sphacèle du gland s'est accru, il l'a envahi en entier. Le gland, affaissé, ressemble à une calotte de papier noir durci. Liseré rouge à la périphérie.

Bourgeonnement de bonne nature dans les endroits détergés. Etat général bon, appétit bon.

Les plaques purpuriques du tronc et des membres perdent de leur coloration.

21 juillet. — Ablation avec les ciseaux du gland sphacélé, les plaques purpuriques, et notamment la plus large, celle de la hanche gauche, ont pâli considérablement.

Les eschares du siège persistent. Bon appétit, pas de fièvre, température 37°. Etat général bon.

22 juillet. — Les parties envahies se détergent où était le sphacèle la veille. Bourgeonnement de bonne nature. Quelques points de sphacèle existent encore, mais très limités au point de contact de la face inférieure du pénis et du haut du scrotum. Le pansement sépare ces parties.

Commencement de réparation de l'escharre du scrotum.

Etat général bon, faciès moins abattu.

27 juillet. — L'amélioration s'accentue pour les parties locales et les forces du malade reviennent. La place du gland bourgeonne, l'urine s'écoule facilement.

15 septembre. — Sort. Guérison, mais le gland est complètement tombé.

OBSERVATION XIX

Prise dans le service de M. le prof. Guyon et communiquée par M. le Dr Méricamp, Biarritz (Thèse Lallemand).

Le malade était et est encore (décembre 83), garçon de salle dans le service des voies urinaires.

Il s'agit d'un homme jeune, intelligent et de bonne foi et qui a certainement répondu aux nombreuses questions que je lui ai adressées.

En 1881, il fut tout d'un coup atteint de gangrène du prépuce dont le thermo-cautère eut facilement raison. Je crois me rappeler que le gland fut lui-même légèrement entamé.

Point de chancre, ni simple ni syphilitique, point d'herpès, point de traumatisme de quelque sorte qu'il pût être, rien d'uréthral, pas de lymphangite gangréneuse.

Il s'agissait d'un cas de gangrène spontanée, mais le malade n'était pas diabétique et ses urines étaient irréprochables, En revanche, il était cardiaque renforcé (insuffisance aortique), hypertrophie du cœur, palpitations, pouls caractéristique, rien ne manquait au tableau.

Très souvent il était obligé, pour quelques jours, d'interrompre son service en raison de la lésion cardiaque. L'hypothèse regardée comme probable fut que la gangrène du prépuce chez ce jeune homme était d'origine cardiaque, d'autant qu'au niveau de la verge existaient des palpitations artérielles intenses, et en raison de la soudaineté et de la circonscription très rapide de la gangrène, on pensa qu'il s'agissait peut-être d'un accident embolique

OBSERVATION XX

Extraite d'une leçon clinique de M. le professeur Gosselin, 1879.

Vous avez au n° 4 de la salle des hommes, un sujet qui nous est entré avec une forme peu commune de l'érysipèle et de la gangrène du scrotum, forme qu'il importe que vous connaissiez, pour éviter, lorsque vous le rencontrerez plus tard, des erreurs de diagnostic et de pronostic.

C'est un homme de 42 ans, se disant ingénieur, entaché d'alcoolisme : bien qu'il ne soit pas glycosurique il était atteint, depuis deux ou trois ans déjà, d'un eczéma du scrotum donnant lieu à de très vives démangeaisons, quand il y a huit jours il fut pris tout à coup d'un mouvement fébrile intense et constata que son scrotum était devenu rouge et tuméfié. Comment les choses se sont-elles passées ensuite, le malade l'ignore ; toujours est-il que, dix jours plus tard, lorsqu'il entra à l'hôpital, la peau des bourses était mortifiée dans une étendue considérable.

Voici, en effet, ce qu'il présentait à ce moment : on constatait d'abord une eschare énorme, molle, grisâtre, sans odeur bien appréciable, occupant presque toute l'étendue du scrotum, et ayant détruit la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'enveloppe fibreuse du testicule qui paraissait intacte.

Il existait de plus une rougeur assez vive, disparaissant à la pression du doigt, très douloureuse à la fois au toucher et spontanément, s'étendant dans toute cette partie inférieure droite de la paroi abdominale, qui correspond au cordon inguinal, c'est-à-dire qu'elle s'étendait de la ligne médiane jusqu'au-dessus et même en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure dans le sens horizontal et que, verticalement, elle envahissait la paroi abdominale dans une étendue de 3 à 4 centimètres.

Celle-ci formait en outre, sous la partie malade, une procidence assez marquée, qui, au premier abord, aurait pu faire penser à une tuméfaction de cette région du ventre : mais, comme il n'y avait pas d'empâtement, comme le doigt ne laissait aucune empreinte à ce niveau et qu'il était possible de refouler les tissus aussi facilement que du côté opposé, on ne pouvait croire qu'il s'agissait là d'un plegmon sous-cutané ou interstitiel de cette partie de l'abdomen ; chose remarquable, il n'y avait aucune rougeur appréciable du scrotum dans la partie très restreinte, qui, en avant, avait été respectée par l'escharre.

Enfin, avec ces phénomènes locaux, il existait un état fébrile assez intense, mais qui paraît aujourd'hui un peu moins prononcé que les jours précédents, car la température qui, hier, s'élevait à 39°2, est tombée ce matin à 37°7, et le pouls, qui oscillait entre 96 et 100 pulsations à la minute, est descendu actuellement à 84.

Quant à l'état général, il était satisfaisant. Quel est donc cet ensemble de phénomènes et comment l'appellerons-nous ?

La maladie du scrotum n'est autre chose qu'une gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, s'étendant jusqu'à la tunique fibreuse du testicule. Quant à la rougeur, c'est une rougeur érysipélateuse. Il n'y a pas à en douter, car cet homme a eu de la fièvre au début, et, à défaut de frisson, il a éprouvé un état de malaise très sérieux.

OBSERVATION XXI

(M. Mauriac. — Gazette des Hôpitaux, 1877)

En 1875, j'observai un fait semblable. Le malade, âgé de 42 ans, menuisier, était fort, vigoureux, d'une santé excellente, et n'avait jamais eu la syphilis, ni aucune autre maladie vénérienne, sauf une blennorrhagie contractée en juin 1874, qui se prolongea jusqu'en mais 1875, sans aucune complication. Il en était à peu près guéri lorsque le 16 mars, il s'aperçut d'une petite rougeur sur le côté gauche du gland. Il avait eu commerce deux jours auparavant avec une femme qu'il voyait habituellement depuis un an. Le coït n'avait été pratiqué qu'une fois et sans efforts. Cette femme était en carte; elle a été examinée depuis par plusieurs médecins, on ne l'a point trouvée malade, et elle n'a pas été arrêtée.

Le malade fit des ablutions avec de l'eau sur cette rougeur. Au bout de vingt-quatre heures, il s'y forma une petite crevasse entourée d'une zone d'un rouge très vif, et la lésion, qui avait été indolente jusqu'alors, devint tellement douloureuse, qu'elle empêchait tout sommeil et arrachait des cris au patient lorsqu'elle se trouvait en contact avec les draps ou le pantalon. Le prépuce était large et couvrait la moitié du gland. Cet homme faisait quelquefois des excès de boisson, mais il ne s'y était pas livré à l'époque où l'infection balanique se déclara.

Lorsqu'il entra dans mon service, salle 6, nº 2, il y avait 5 ou 6 jours que l'affection durait, elle consistait alors en une érosion très superficielle, reposant sur une base inflammatoire large et puissante qui occupait le tiers gauche de la racine du gland. En ce point, le processus était d'une véhémence excessive, accompagné de dureté, de tension, de rougeur, de chaleur des tissus, d'œdème aigu et d'une douleur des plus vives. Pourtant les aînes ne présentaient et n'ont présenté depuis aucun gonflement ganglionnaire.

Le lendemain (8e jour), un point noir de sphacèle se montra au centre du foyer. Le malade fut pris de frissons, d'une fièvre violente, de sueurs et d'une grande prostration, il présenta en un mot l'état général qu'on observe sur la balano-posthite gangréneuse. Il n'y avait ni phimosis, ni paraphimosis, le gland seul était attaqué sans avoir eu à subir préalablement aucune cause d'étranglement.

Le point gangréneux s'agrandit très rapidement dans tous les sens. Au bout de 3 ou 4 jours, la gangrène s'était emparée de tout

le foyer d'inflammation qui exhalait une odeur infecte et se trouvait converti en une énorme masse de tissus sphacélés autour de laquelle s'était creusé un fossé d'élimination qui la séparait des parties saines. Ce tourbillon gangréneux se détacha assez vite latéralement, mais il adhéra longtemps par la base au fond du foyer et ce n'est qu'au bout de quinze jours que j'en détachai les derniers débris. Cependant en six ou sept jours, le processus gangréneux avait produit tout son effet. La rougeur, la turgescence, la douleur, la tension, l'œdème, avaient diminué ou disparu, et autour de la partie morte commençait le bourgeonnement de réparation. D'un autre côté la fièvre et tous les autres troubles fonctionnels n'existaient plus, l'appétit était revenu et la convalescence s'était promptement établie.

Telle a été la première phase de cette affection balanique; elle a duré environ quinze jours et s'est divisée d'elle-même en deux périodes : l'une caractérisée par la rougeur, le gonflement d'une partie circonscrite du gland, par une éraillure, une érosion superficielle très douloureuse et à forme inflammatoire suraiguë. l'autre comprenant le processus gangréneux survenu brusquement et comprenant :

1° Un redoublement des douleurs locales;

2° La rougeur, la tuméfaction, la tension œdémateuse portée à leur summum d'intensité dans toute l'étendue du foyer ;

3° La mortification en quarante-huit heures de tout ce foyer, avec les phénomènes locaux et les troubles constitutionnels propres à cet état.

4° La formation rapide du fossé d'élimination, du bourgeonnement réparateur et la chute des phénomènes de réaction.

La deuxième phase ou phase d'élimination et de réparation dura quinze jours environ. La masse gangréneuse se sépara facilement des parties saines sur les côtés ; mais, comme je le disais plus haut, elle adhérait si solidement au fond du foyer que pour hâter la guérison, je tentai plusieurs fois de l'en détacher par traction et par incision. Il fallut procéder avec beaucoup de précautions, parce que chaque fois que je touchais un pédicule, il se produisait une hémorrhagie. Ce pédicule était donc composé de vaisseaux, dans lesquels l'oblitération cicatricielle fut très longue à se faire, il s'enfonçait au centre d'une espèce de diverticulum qui plongeait entre la rainure et le gland.

La cicatrisation ne fut complète dans ce diverticulum que deux mois après le début de l'affection.

On put mesurer alors la perte de substance qu'avait subie le gland. Sur son côté gauche,. existait une vaste échancrure cicatricielle qui avait emporté environ le tiers de son volume; elle avait 1 cent. de profondeur, et s'étendait depuis le frein jusqu'au voisinage du méat, sans intéresser le canal, de l'urèthre, ni les corps caverneux. Pendant les érections, la verge déviait un peu à gauche, mais seulement dans sa partie balanique.

Le malade n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques. Il n'en a pas présenté depuis. L'inoculation du pus ichoreux fut faite plusieurs fois, quelques jours après le début de l'affection, et ne donna aucun résultat. Les ganglions inguinaux restèrent intacts.

OBSERVATION XXII

(M. Mauriac, Gaz. des Hôpitaux, 1877).

Voici un autre fait que j'ai observé en 1876. Un homme de 34 ans, terrassier, d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu de syphilis, entra dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, le 30 juin 1876. Après une continence de 15 jours, il eut commerce, le 17 du même mois, avec une femme publique au boulevard de la Chapelle. Pendant les premiers jours qui suivirent le coït, il examina attentivement la verge, et n'y découvrit aucune ulcération. Le 10e jour (27 juin), il éprouva du côté du gland des sensations anormales telles qu'un peu de prurit, des élancements et une douleur sourde excessive, bientôt il s'aperçut qu'il existait à gauche, sur la couronne et dans le sillon balano-préputial, un peu de rougeur sèche. Le lendemain, 28 juin, cette rougeur s'était étendue, et il s'était formé au-dessous et autour d'elle un gonflement très considérable du gland, avec œdème du prépuce sans étranglement ni paraphimosis. La douleur était des plus vives. Une tache noire se forma sur le centre de cette tumeur inflammatoire dans la nuit du 28 au 29; elle s'agrandit avec une rapidité excessive, et le 30 juin, jour de l'entrée du malade dans mon

service, je constatai dans le sillon balano-préputial, à gauche, une vaste ulcération gangréneuse.

Elle était profonde, à bords déchiquetés, et mesurait 3 cent. dans tous les sens. Elle avait entamé la couronne et s'avançait jusqu'à la moitié antérieure du gland. Son fond était rempli par une masse gangréneuse noirâtre, autour de laquelle se creusait le fossé d'élimination. Elle était entourée d'une auréole inflammatoire d'un rouge très vif. Tuméfaction énorme du prépuce. Aucune adénopathie inguinale aiguë ou spécifique. Les ganglions inguinaux restèrent toujours intacts depuis le début jusqu'à la terminaison.

Je pratiquai le jour même l'inoculation. Je la répétai tous les jours suivants, et, ainsi que je m'y attendais, elle fut négative.

Le malade eut une fièvre vive et de la prostration pendant trois ou quatre jours.

Pansements avec de l'eau chlorurée et des cataplasmes, elle se détergea rapidement et le le 5 juillet elle présenta un bon aspect.

La cicatrisation était complète au bout de quinze jours. La perte de substance intéressait un quart du gland et les corps caverneux n'avaient pas été atteints.

CONCLUSIONS

1° Il existe une variété spéciale de gangrène des organes génitaux externes de l'homme décrite pour la première fois par Monsieur le Professeur Fournier en 1883.

2° Cette gangrène tire ses caractères essentiels de la soudaineté de son début et de sa marche suraiguë qui lui ont valu son nom de gangrène foudroyante. On pourrait ajouter comme troisième caractère qu'elle se termine habituellement par la guérison,

3° Il semble démontré aujourd'hui que la gangrène foudroyante est d'origine infectieuse ; elle reconnaît pour cause l'introduction dans les tissus d'un streptocoque très virulent.

4° Il est impossible à l'heure actuelle de préciser les conditions de cette infection. On peut donc conserver à cette affection au moins provisoirement la qualification de spontanée qui lui a été imposée par Monsieur le Professeur Fournier. Les deux hypothèses les plus vraisemblables à l'heure actuelle résident soit dans une transmission de l'infection par la voie génitale, soit dans la propagation d'une inoculation partie de l'urèthre.

5° Dans le cours de l'affection, on voit souvent surgir des complications dont la nature témoigne de la virulence extrême des germes pathogènes (purpura, érythèmes,

hémorragie, érysipèle). Ces complications évoluent avec la même rapidité que le processus gangréneux lui-même et n'entraînent le plus souvent aucune suite fâcheuse.

6° Le traitement véritablement héroïque de la gangrène foudroyante consiste dans des incisions larges et multiples des tissus enflammés; leur efficacité est aujourd'hui pleinement démontrée.

Lille. — Typ. & Lith. Le Bigot frères, Rue Nationale, 68.